

MORIR CON DIGNIDAD¹

DYING WITH DIGNITY

MORRER COM DIGNIDADE

Armando Cifuentes-Ramírez

Universidad del Valle, Tribunal de Ética Médica del Valle (q.d.e.p).

La muerte no es un acto sino un proceso durante el cual se desarticula el funcionamiento integral de un individuo, más allá del punto de recuperación de lo esencial.

La muerte de los seres humanos, que somos sociales, inteligentes y libres, continúa siendo un tema importante de reflexión, al cual en esta ocasión quiero acercarme desde la perspectiva de la dignidad inherente a nuestra condición.

Porque una alta proporción de muertes en muchos países no son dignas sino indignas, por ejemplo, las de los niños que mueren sin haberse asomado al mundo que solo vislumbraron penosamente debido a las malas condiciones sanitarias de su entorno o por la miseria de sus familias, o las muertes de muchos adultos jóvenes de sexo masculino que, al menos en Colombia, mueren a causa de los homicidios.

Este aspecto negativo de la realidad social contrasta con los grandes avances de la ciencia y la técnica en casi todos los campos, incluyendo el de la salud, porque ahora disponemos de una creciente variedad de procedimientos y medicamentos curativos o altamente efectivos. Las conocidas unidades de cuidado intensivo en los hospitales son ejemplos destacados de cómo la medicina moderna salva vidas de personas en estado crítico, que hasta hace pocos años tenían mínima probabilidad de supervivencia, y cómo hoy se pueden efectuar, con su ayuda, prodigiosas intervenciones quirúrgicas.

¹ Publicado en el *Boletín de Reflexión e Información*, núm 4, de la Academia de Bioética Santiago de Cali, diciembre de 1995.

Mucho de lo que acontece a las personas a lo largo de su vida y en su etapa de declinación es pertinente para la reflexión ética de los miembros del sector salud, que tienen responsabilidades específicas en el mantenimiento del bienestar general de las personas. Pero es con el aporte del filósofo, del sociólogo, el psicólogo y otros profesionales, o sea con un enfoque interdisciplinario, como podemos comprender mejor y elaborar pautas orientadoras para que actuemos con sabiduría con el fin de ayudar a reducir la incidencia de tantas vidas penosas y tantas muertes sin dignidad.

Por supuesto, el estilo de afrontar la proximidad de la muerte depende en gran medida de la historia toda de la persona, de las características de su intimidad, de donde el protagonista puede extraer recursos valiosos que lo fortalezcan a él e irradian a los demás por medio del ejemplo. A lo que se agrega la diversidad de las circunstancias particulares.

No obstante, la reflexión ética ha ido identificando algunos aspectos básicos que se proponen como meta de realización, dentro del marco de referencia de una antropología que proclama el respeto por la dignidad de todo ser humano, ser humano que sobresale entre los otros de la naturaleza por su capacidad de hacer las cosas mejor o peor, y el único que sabe que va a morir. Ser humano que está situado también en una realidad sociodemográfica. Ténganse presentes las transformaciones importantes que han ocurrido en la familia que de rural se volvió urbana y de familia extensa llegó a familia nuclear en el transcurso de dos generaciones. Un ejemplo concreto es el de los abuelos tradicionales, que

ocupaban un lugar de respeto en las familias extensas, desde el cual transmitían a los hijos y nietos experiencias y orientaciones. Ellos no tienen alojamiento en las cada vez más pequeñas moradas de las grandes ciudades, ni espacio cultural porque el entorno es radicalmente diferente, y tampoco parece haber tiempo, en este cambiante acontecer, para escuchar admoniciones sobre los valores fundamentales que hacían parte del proceso de socialización tradicional.

Estar adecuadamente informados sobre nuestra finitud es importante cuando una persona está acercándose a su terminación biológica para que pueda tomar decisiones que ha ido posponiendo para “el día de mañana” y que a veces son cruciales, sea con los otros miembros de la familia, en sus negocios o en su vida íntima. Es la razón por la cual, en un caso de enfermedad terminal dolorosa, se recomienda explorar con el paciente si tiene determinaciones pendientes o anhelos prioritarios, para procurar su satisfacción antes de iniciar una terapia que por sus características va a obnubilar las facultades intelectuales de la persona. Así es como en verdad se respeta la dignidad del paciente.

No obstante, cada cultura tiene fuerzas que condicionan a su respectivo grupo. Respecto a dar información sobre la proximidad de la muerte, en culturas como la nuestra se prefiere no hablar de ella de manera explícita. Y de la “conspiración del silencio” que así se forma hace parte el mismo paciente. Todos saben lo que está sucediendo, pero proceden como si lo ignoraran. Para algunos sería incluso muy doloroso o perjudicial ser confrontados con su realidad. De allí la insistencia en la delicadeza que deben tener las intervenciones de los miembros del

personal de salud, como otra muestra de respeto por la dignidad del paciente.

Se desprende de lo dicho hasta ahora que no constituye muerte digna la de una persona solitaria, abandonada o, por el contrario, que está en medio de numerosos acompañantes, indiferentes u hostiles. Por el contrario, ofrecer compañía solidaria a quienes están en el declive de sus vidas o próximos a morir es una oportunidad concreta para reflexionar y prepararse para la propia muerte. Probablemente nos induzca a valorar nuestra situación desde una perspectiva nueva y a tomar determinaciones consecuentes con un renovado sentido de la vida. No se trata de permanecer obsesionados con nuestra finitud sino de aprovechar positivamente aun las situaciones de aflicción para ver con más claridad y sacar conclusiones alentadoras.

El tipo de tratamiento que se emplea con el enfermo grave es un punto de deliberación en el que intervienen los profesionales encargados de proponerlo o prescribirlo, con la consulta al mismo paciente, y a los familiares cuando así lo aconsejen las circunstancias. Si la persona se encuentra en una institución y no en su casa me parece que es más probable que se pongan en segundo plano sus decisiones. Habrá una mayor garantía en favor del enfermo si al menos uno de los miembros del equipo tratante tiene capacitación bioética. Lo mismo vale cuando la decisión no es entre “tratamiento curativo” o “tratamiento paliativo” sino en cuanto a la duración del tratamiento y el apoyo que se dé o se niegue para la supervivencia del paciente. O sea, el antiguo tema de la eutanasia, realidad vigente en nuestros días, en la legislación de los Países Bajos desde hace algunos años,

en algunos estados de la Unión Norteamericana más recientemente, o bajo la modalidad de suicidio asistido, que ha ganado notoriedad por la persistencia con la que el doctor Kevorkian, su promotor, ha enfrentado determinaciones judiciales en las Cortes de Norteamérica.

Los argumentos de procurar activamente la muerte del paciente invocan la compasión por su sufrimiento, la inutilidad de su existencia o el respeto por su propia voluntad de morir, con frecuencia reiterada. Pero hay que saber interpretar la voluntad del enfermo: su declaración de no querer vivir más puede en realidad significar la petición de compañía afectuosa.

Por el contrario, dentro de la filosofía teísta occidental se aprecia la vida como un don fundamental que los seres humanos, aun en su calidad de padres, saben que no crean sino que transmiten y que debe conservarse con esmero ya que es el fundamento de todas las demás realidades existenciales y de las esperanzas. En el ser humano la vida es un dinamismo para la realización personal, un factor de humanización para la sociedad y para contribuir al auténtico desarrollo.

De las consideraciones anteriores no se sigue que se debe prolongar a toda costa el tratamiento de un paciente terminal. Desde antiguo los médicos sabemos que nuestro arte tiene tres propósitos, según las circunstancias: el de curar, el de aliviar el sufrimiento y el de consolar. La supresión del tratamiento tampoco significa el abandono del paciente terminal, como dice el profesor Vesperien: “El médico jamás puede ayudar a la muerte, pero sí puede ayudar en la muerte”. Y lo hace con su presencia afectuosa, que el paciente percibe como un

apoyo en medio de sus experiencias dolorosas, como alguien que se interesa en escuchar sus expresiones y que respeta su libertad.

El médico y los demás miembros del personal de salud observarán las reacciones del enfermo cuando reconoce que su situación es irrecuperable, para responderle de la forma más favorable a las diversas fases que se describen: la de incredulidad y rechazo, la de rebeldía, la de sumisión o negación y la de aceptación.

En algunas ocasiones el médico y los miembros de su equipo se empeñan tenazmente en continuar aplicando procedimientos presuntamente curativos que dan como resultado la prolongación de la etapa terminal del paciente, produciéndole sufrimiento, en lo que hoy se denomina distanasia. Si el paciente está en la etapa de declinación irrecuperable, es conforme con una correcta práctica médica abstenerse de continuar procedimientos inútiles o reiterar maniobras de resucitación. Todos debemos aceptar la muerte cuando llega la hora de morir. Hay que hacer una precisión importante cuando no se trata de suprimir un tratamiento sino de quitar el soporte de nutrición e hidratación básico. En un paciente consciente o inconsciente, en el que la muerte no es inminente, la hidratación y la nutrición deben ser suministradas: si se quitan estaremos induciendo voluntariamente la muerte por hambre o deshidratación. Si el paciente está agonizante, la nutrición y la hidratación son innecesarias y no requieren ser mantenidas a menos que tal sea la decisión del mismo paciente si está consciente.

El rechazo a padecer la distanasia ha hecho surgir asociaciones de personas en diversos países con denominaciones

parecidas a “derecho a morir dignamente”. La orientación y los propósitos de estas asociaciones son muy diversos, desde la promoción de unidades de cuidado paliativo hasta la apología de la eutanasia directa. Lo que en verdad debe averiguarse es si el propósito de una asociación es proporcionar un buen tratamiento de fondo durante el tiempo en que pueda ser útil al paciente; sustituirlo por un tratamiento paliativo que proporcione el mayor alivio a los dolores y las molestias cuando se ha pasado la etapa

irrecuperable, y omitir luego esas medidas que causan una prolongación artificial de la etapa irrecuperable.

Morir con dignidad significa, en último término, transitar el proceso manteniéndose a la altura de la excelsa condición del ser humano (inteligente, libre, social y finito), en compañía de aquellos que brindan al paciente el afecto que lo fortalece y las manifestaciones de ternura que le inducen la paz.