

Editorial

Escrito por: Sunny Eunice Sanchez Giler, PhD.

Directora Técnica de Investigación, Desarrollo e Innovación.



MUERTE DIGNA Y EUTANASIA.

En el año 2024, la Corte Constitucional del Ecuador declaró inconstitucional la negación a la solicitud de Paola Roldán de recibir eutanasia, solicitada debido a su condición de padecer Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), una enfermedad progresiva y discapacitante que degenera las neuronas motoras, provocando debilidad muscular progresiva, atrofia y finalmente parálisis que lleva a la muerte.

Como antecedente, el debate acerca de si la aplicación de este procedimiento es correcta, ha llevado a que los profesionales de la salud, pacientes y sus familiares desarrollen profundas reflexiones filosóficas, religiosas, morales y bioéticas.

Desde la bioética, para poder conceptualizar a la muerte digna, es menester definir varios elementos, sin limitarse únicamente a su perspectiva biológica.

Para empezar, hasta antes del Informe de Harvard emitido en 1968, se declaraba la muerte únicamente en aquellos individuos que no tenían latido cardíaco, sin contemplar a la muerte cerebral. Esto provocó que muchos pacientes sufrieran de la violación de su derecho a la no maleficencia, pues se los dejaba conectados a ventilación mecánica incluso con estado vegetativo persistente y muerte cerebral, como Nancy Cruzan y Karen Ann Quinlan. De allí, que se estaba vivo si se contaba con pulmones y corazón sano. Harvard añade la necesidad de contar con función cerebral total, lo que nos lleva a ampliar el concepto a la necesidad de tener conciencia y capacidad de contacto con el medio externo.

Por otro lado, reconocer la “calidad de vida”, como un concepto, no de análisis económico, sino desde la perspectiva bioética, lleva a determinar que se trata de tener vida, además de contar con la capacidad para la realización personal. Una enfermedad discapacitante, que impide que el individuo pueda alcanzar su realización personal, determina una pobre calidad de vida. Esto debe tomarse con mucho cuidado, pues

al aplicar este concepto en adultos mayores o en personas con deficiencia mental o cognitiva, podría llevar siempre a pobre calidad de vida, sin embargo, la realización personal en estos grupos es bastante más sencilla que el de las personas jóvenes o de capacidades cognitivas promedio.

La dignidad, otro concepto clave para la evaluación de muerte digna, es el valor intrínseco de ser persona. Antiguamente, se declaraba que únicamente aquellos con tierras y abolengo eran dignos (caballeros), posteriormente I. Kahn nos enseña que todas las personas tenemos dignidad y no precio, y que esta dignidad viene de nuestra condición de ser persona. La dignidad obliga a nuestros semejantes a respetar nuestras opiniones y credos, además que nuestros actos no son capaces de quitárnosla, porque seguimos siendo personas con nuestros defectos y errores. Es por ello que existe el término PPL: persona privada de libertad, porque incluso aquellos que han perdido su libertad por delitos al bien común, conservan su calidad de personas y, por tanto, su dignidad.

Hablar de muerte digna, nos lleva a unir estos conceptos, para finalmente reconocer que este término involucra dos elementos cruciales para su aplicación: el acompañamiento y la obligación de no prolongar de manera innecesaria el dolor y/o el sufrimiento. El proceso de muerte, pues se trata de un proceso prolongado y no de un evento de sucesión rápida, es aquel al que la humanidad le tiene más miedo, por la incertidumbre que ostenta y la impotencia para poder evitarla o retrasarla. Al poseer esta carga de temor, resulta injusto y cruel que una persona deba atravesar por este proceso, en soledad. De allí que, al aplicar los mecanismos de muerte digna, se estaría garantizando el acompañamiento, un procedimiento con el que los enfermeros están bastante más familiarizados que los médicos; así como el acortamiento del sufrimiento y el dolor.

La muerte digna posee 5 mecanismos, que de sencillo a complejo (ética y médicamente hablando) son:

- Negación al tratamiento: cuando el paciente decide por voluntad propia y bajo un proceso consciente, bien informado y voluntario, negarse a someterse a la terapéutica propuesta por su médico; esto garantiza su derecho a la privacidad y el respeto a su autonomía.

- Adecuación al esfuerzo terapéutico: inicialmente conocido como limitación del esfuerzo terapéutico, en el que se limita la aplicación de más tratamientos ante la futilidad de los mismos, por no poder garantizar una mejoría real en el paciente. Este término se ha ampliado a la adecuación del esfuerzo diagnóstico, con la limitación de la aplicación de exámenes y procedimientos diagnósticos que no impactan en el pronóstico de la enfermedad subyacente.

- Medicina paliativa, que combina tratamientos farmacológicos, psicosociales, espirituales y éticos para el alivio del dolor y la incomodidad que provoca la enfermedad subyacente. Se ha mal llamado, en ocasiones: eutanasia disfrazada, por la utilización de morfina, cuyos efectos a largo plazo llevan a paro cardio-respiratorio.

- Suicidio asistido: cuando el médico prescribe los fármacos que necesita un paciente para cometer suicidio, en el calor de su hogar con el acompañamiento de los suyos. Este mecanismo de muerte digna, debe ser cuidadosamente monitoreado por la posibilidad de errores o mal entendido de las instrucciones en la prescripción.

- Eutanasia, término que viene del griego eu-thánatos que significa buena muerte y que inicialmente representaba una muerte tranquila y sin dolor; posteriormente ha evolucionado, para finalmente indicar la necesidad de una activa intervención del médico para provocar la muerte en un paciente.

Durante el año 2024, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador emitió el reglamento para la aplicación de la eutanasia, no obstante, este reglamento debería ampliarse a las otras formas de muerte digna, con el fin de garantizar el ejercicio de los 4 principios bioéticos promulgados por Beauchamp y Childress en 1979: respeto por la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

“ Sin embargo, para esta ampliación es importante la participación no sólo de profesionales de la salud y juristas, sino también de la sociedad en general, con el fin de iniciar los diálogos y la socialización en un tema que interesa a todo aquel que tenga vida y dignidad.

