

Una opción para enfermos terminales.

Se llama enfermo terminal la persona con diagnóstico cierto establecido, sin posibilidad de tratamiento curativo y cuya muerte probablemente ocurrirá en corto tiempo, con pronóstico de vida inferior a seis meses.

Una persona en estas circunstancias, en el proceso hacia la muerte, enfrenta con frecuencia situaciones difíciles: dolor, fallas en el funcionamiento de diferentes órganos y sistemas de su cuerpo, lo cual implica molestias, incapacidades y urgencias de diferente grado, así como sufrimiento, entendido como afectación integral de las diferentes dimensiones de lo humano. Los cuidados paliativos están orientados al control de tales situaciones, con grados variables de eficacia.

En las circunstancias mencionadas, es frecuente que los médicos ofrezcan al paciente terminal o sus familiares - con fines paliativos o para superar estados de urgencia-opciones como aparatos de ventilación, diálisis, sondas percutáneas para alimentación, procedimientos de derivación (urinaria, intestinal o de líquido cefalorraquídeo), transfusiones y medicamentos de diferente tipo (antibióticos, vasoactivos). Estas medidas brindan alivio o logran sobrepasar algunos estados críticos pero de manera temporal, pues la enfermedad de base sigue su curso, presentando nuevos problemas. Además, las medidas citadas implican cargas adicionales para los pacientes. Ante el temor o sufrimiento propio de sus condiciones existenciales, se presentan los casos en que los pacientes recurren al suicidio.

En nuestro país, antes de 1997, los enfermos terminales, además de los cuidados paliativos, tenían solamente dos opciones: rechazar las medidas de soporte vital, enfrentado el curso natural y no interferido del proceso de la muerte dentro de las circunstancias propias de cada enfermedad; o aceptar dichas medidas de soporte vital, que pueden llevar a configurar la condición calificada como distanasia (mantenimiento inútil de medidas de soporte vital, lo que algunos llaman “encarnizamiento terapéutico”) aplazando la muerte y prolongando el sufrimiento.

Han pasado trece años desde cuando la Corte Constitucional de Colombia en su Sentencia No, C-239/97 sentó las premisas y condiciones para que los enfermos terminales que así lo quisieran, tuvieran una opción distinta a las anteriores: la muerte por piedad. La Corte dictaminó que la

penalización del homicidio por piedad tendría una excepción: “en el caso de los enfermos terminales en que concorra la voluntad libre del sujeto pasivo del acto, no podrá derivarse responsabilidad para el médico autor, pues la conducta está justificada”. El paciente es sujeto activo en lo referente a la conformación de su juicio, toma de decisión y solicitud de ayuda para morir con dignidad bajo esta modalidad. El término “pasivo” se refiere a que el enfermo es el receptor de los medicamentos en dosis letales para aceptar y acceder a la muerte, aliviando el sufrimiento y evitando las cargas de las opciones de curso natural no interferido o de medidas de soporte vital.

La sentencia mencionada abrió un espacio legal en Colombia para que aquellos enfermos en estado terminal, en caso de hallarse con sufrimiento insoportable, pudieran - de manera consciente, voluntaria, libre y autónoma - considerar, entre otras alternativas, el morir de manera apacible mediante la aplicación por parte de un médico sensible, de medicamentos en dosis letales.

Al término Eutanasia se le ha tratado de imponer una calificación negativa, en particular por influencias religiosas y culturales. Pero las culturas cambian; surgen nuevos modelos y perspectivas valorativas; la ética se diferenció de la moral y la bioética proporcionó nuevos principios y perspectivas; se ha establecido la separación de la iglesia y el estado; a su vez, las concepciones teológicas han empezado a reconocer un papel importante a la conciencia del enfermo frente a las directrices generales del magisterio eclesial; y, algo más importante, la normatividad legal consignó los derechos fundamentales, entre ellos el de la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad.

La práctica del homicidio por piedad, en el tipo descrito anteriormente, ha enfrentado dos obstáculos principales: muchas personas, y los enfermos en particular, desconocen el cambio citado de paradigma y la despenalización establecida en la sentencia de la Corte Constitucional; los médicos manifiestan objeciones de conciencia o temores ante la investigación posterior, pues la citada Corte estableció que “mientras se regula el tema, en principio, todo homicidio por piedad de enfermos terminales debe dar lugar a la correspondiente investigación penal, a fin de que en ella, los funcionarios judiciales, tomando en consideración todos los aspectos relevantes para la determinación de la autenticidad y

fiabilidad del consentimiento, establezcan si la conducta del médico ha sido o no antijurídica, en los términos señalados en esta sentencia.”

Si los procesos de decisión y la actuación se ajustan a la normatividad legal y a principios éticos, no debería existir temor a una investigación. Por tanto, se hace imprescindible, para ajustarse a lineamientos éticos y legales, que antes del acto de morir con dignidad -bajo esta modalidad citada- se asegure el debido cumplimiento de diferentes requisitos. En términos de la propia Corte: “verificación rigurosa de la situación real del paciente, de la enfermedad que padece, de la madurez de su juicio y de la voluntad inequívoca de morir.”

Debe asegurarse entonces, además de una excelente historia clínica, la existencia de pruebas inequívocas de la voluntad libre y expresa del paciente en forma de registros documentados, con testigos, y debida refrendación en el tiempo.