

Eutanasia hoy: precisiones y dudas

Luis Evelio Aristizábal Franco¹

Resumen

Se presenta, desde una perspectiva analítica, interpretativa y crítica del autor, los resultados de la investigación: “Eutanasia: entre la aceptación, el odio y el deseo”, investigación de corte cualitativo realizada en personal de la salud de unidades de cuidado intensivo de Pereira en el primer semestre de 2015, sobre las percepciones de profesionales de la salud, con respecto a la eutanasia y su desarrollo normativo a través de la Jurisprudencia de la Corte Constitucional y después de promulgada la resolución 1216 de 2015.

En los hallazgos se pudo advertir, que falta mayor pedagogía de los desarrollos normativos, que existen dudas en relación a cómo proceder debido a los vacíos legales frente a personas incapaces, niños o a quien por su estado clínico actual no puede manifestar su decisión. No hay unicidad con respecto al procedimiento cuando el paciente ha decidido optar por la eutanasia; se plantean temores porque se llegue a abusar de la aplicación de la eutanasia cuando la motivación sea diferente a las motivaciones altruistas de disminuir el sufrimiento y en estricto obediencia de las normas vigentes. Por último se plantea desconocimiento en lo que respecta a ser objetores de conciencia.

Se concluye que los profesionales de la salud creen que se protege la eutanasia como derecho fundamental a sabiendas que es tan solo un procedimiento con el cual se pretende proteger el derecho a morir dignamente.

Palabras clave: eutanasia, derechos humanos, dignidad, cuidados paliativos, normas jurídicas (fuente: DeCS, Bireme)

Artículo recibido: junio 4 de 2015 **aprobado:** julio 31 de 2015.

¹ Enfermero y abogado. Especialista en epidemiología. PhD en Bioética. Docente investigador Universidad Libre Seccional Pereira. Correo electrónico: learistizabal@unilibrepereira.edu.co

Euthanasia today: clarifications and doubts

Abstract

It is presented here, from an analytical, interpretative and critical perspective of the author, the results of the study: "Euthanasia: between acceptance, hatred and desire", Qualitative research conducted with health personnel from intensive care units in Pereira in the first half of 2015. It was based on the perceptions that these health professionals had in relation with euthanasia and its legal development through the jurisprudence of the Constitutional Court and after the resolution 1216 from 2015 was announced.

In the findings, it can be seen that there is a lack of greater pedagogy on legal developments, there are doubts as to how to proceed due to legal vacuums in relation to the handicap, children or people who can't express their decisions given his current clinical status.

There is no uniqueness about the procedure when the patient has decided to opt for euthanasia. Fears arise because there might be an abuse in the application of euthanasia when the motivation is different from altruistic motivations aimed to reduce suffering and strictly abiding by current standards. Finally, lack of knowledge arises in regard to be consciousness objectors.

It was concluded that health professionals believe that euthanasia is protected as a fundamental right, knowing that it is just a procedure which is intended to protect the right to die with dignity.

Keywords: *euthanasia, human rights, dignity, palliative care, legal regulations (fuente: DeCS, Bireme)*

Introducción

Los desarrollos normativos referentes a la eutanasia hoy por hoy generan miedos y expectativas, intereses encontrados por un lado, de quienes a ultranza y apoyados en sus credos se oponen de manera radical a ella y por otro lado, temor a que sea utilizada como un instrumento regulador del gasto, al permitir no tratar pacientes terminales, que en muchas ocasiones son de alto costo dentro del sistema general de seguridad social.

Podrá haber actos eutanásicos que se muestren socialmente (los que se acogen al desarrollo normativo), pero probablemente seguirán sucediendo otros sin el cumplimiento de los requisitos legales, sustentados en argumentos como: vacíos legales, falta de consenso entre los miembros de la familia, oposición de terceros y por otras múltiples razones (1). Por otro lado se advierte como contradictorio el procedimiento eutanásico, a sabiendas de los avances tecnológicos en los tratamientos médicos que han aumentado la habilidad para sostener la vida artificialmente (2).

La eutanasia fue, es y será un tema controversial; en ocasiones aceptado, en otras odiado y en otras más deseado. Lo cierto es que es un tema que siempre ha despertado controversia en las prácticas clínicas desde campos teóricos y prácticos (3).

En algunos estudios recientes se puede evidenciar cómo las prácticas eutanásicas han estado presentes con o sin jurisprudencias o normas que las regulen y que hacen parte del velo que para la sociedad se plantea desde las prácticas clínicas, que en su intrínquilis técnico-científico no permiten se evidencien para la sociedad.

Podría pensarse que dichas prácticas en otrora ocultas, hoy estarían resueltas por la expedición normativa, pero todo parece apuntar a que no será así (4), en razón a que el desarrollo normativo deja por fuera importantes consideraciones que según los mismos clínicos harán que la eutanasia siga siendo en buena parte una práctica oculta a los ojos de la sociedad en general.

Una investigación realizada en el 2015 en personal de la salud de unidades de cuidado intensivo de Pereira en la cual se preguntó: ¿Cuál es la percepción de personal clínico de los beneficios y dificultades que se generan con la expedición de normas que autorizan la eutanasia?, permitió conocer que las cosas no están resueltas y que la norma en si misma presenta importantes vacíos.

El análisis se presenta luego de promulgada la resolución 1216 de 2015 que normatiza la eutanasia y la Circular externa 13 de julio 27 de 2015 de la Superintendencia Nacional de Salud respecto de la misma temática.

Normas en orden cronológico relacionadas con la eutanasia

Para abordar la problemática resulta conveniente mencionar el desarrollo normativo más importante relacionado con el sustento, que desde la Constitución misma, tiene la temática; además de la cronología, se presentan de mayor a menor jerarquía normativa:

Constitución política de Colombia: vale la pena recordar que en la norma de normas el artículo 11 menciona que “El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte”.

Código penal colombiano. En su articulado tiene tipificado el delito de “homicidio por piedad” que básicamente dice: el

que matare a otro para evitar intensos sufrimientos provenientes de enfermedad grave e incurable, incurrirá en... termina asignando una pena a quien incurra en tal conducta.

Las sentencias de la corte constitucional, donde hay que recordar que precisamente la Corte Constitucional a través de sus sentencias ha sido quien ha generado importantes cambios en la interpretación del articulado constitucional y de esas interpretaciones se han determinado importantes cambios en la legislación. En lo que respecta a la eutanasia las sentencias relacionadas básicamente son:

Sentencia T-493 de 1993. En esta decisión judicial, la Corte Constitucional ha desarrollado un precedente jurisprudencial relativo a que: “el deber constitucional de protección de la vida que tiene el Estado, debe ser compatible con otros derechos fundamentales como la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad”.

Sentencia C-239/97. Aquí la Corte Constitucional dice: Es necesario que se establezcan regulaciones legales muy estrictas sobre la manera como debe prestarse el consentimiento y la ayuda a morir (...) las cuales están destinadas a asegurar que el consentimiento sea genuino y no el efecto de una depresión momentánea. El alto Tribunal reivindicó la búsqueda de la seguridad jurídica, a través lógicamente de desarrollos normativos que nunca se han dado por parte del Congreso de la República.

Sentencia T- 190/14. Esta es la segunda sentencia que de manera categórica se refiere a la eutanasia, tocando varios temas al respecto, entre ellos la organización y funcionamiento de los comités para garantizar el derecho a morir dignamente (DMD). También hizo las siguientes precisiones:

- Verificó la ausencia de la norma
- Determinó que esta ausencia no era impedimento de la eutanasia
- La voluntad del legislador no es indispensable para que los derechos fundamentales tengan fuerza normativa.
- La Carta política tiene aplicación directa en los casos concretos.
- La efectividad de los derechos no depende exclusivamente del legislativo.
- Reiteró el exhorto al Congreso respecto de la expedición normativa
- Ordenó a Ministerio de Salud emitir una directriz sobre tales comités interdisciplinarios y sugerir un protocolo médico para realizar los procedimientos correspondientes.

La Corte Constitucional definió los criterios que deberán tenerse en cuenta en la práctica de procedimientos que tengan como propósito garantizar el derecho fundamental a la muerte digna, así: prevalencia de la autonomía del paciente, celeridad, oportunidad e imparcialidad.

Códigos de ética profesional. Son estas normas fuente del deber ser profesional y que están inspiradas en principios que en otrora eran absolutos y que hoy por hoy son materia de cuestionamientos, donde encuentran argumentos los contradictores de la eutanasia, puesto que básicamente los articulados apuntan a la defensa a ultranza de la vida (la vida por la vida), en contraposición con la concepción vigente de la vida digna. Entre esas normativas deontológicas se tienen: la Ley 23 de 1981: Código de ética médica y la Ley 911 de 2004: Código deontológico de la profesión de enfermería.

De vital importancia normativa y poco discutida es la Ley 1733 de 2014 sobre cuidados paliativos, que como norma poco seguimiento se le ha hecho. Dicha norma

impone la obligatoriedad de ofrecer y brindar al paciente los cuidados paliativos en estado terminal y a su núcleo familiar.

Resolución 13437 de 1991. De inferior jerarquía desde el punto de vista normativo, pero vigente es esta resolución que menciona el decálogo de los derechos de los pacientes que en su numeral 10 precisamente menciona el derecho a morir dignamente.

Resolución 1216 de 2015. Norma que regula la eutanasia como procedimiento que garantiza el respeto por el derecho fundamental a morir dignamente. Establece entre otras cosas la conformación de los comités científicos interdisciplinarios encargados de autorizar el acto eutanásico a solicitud del paciente y sus funciones, además los pasos para que se pueda dar dicho acto:

- Solicitud del paciente al médico tratante.
- Determinación del médico tratante respecto a la solicitud.
- Solicitud del médico tratante al comité interdisciplinario al día siguiente de la solicitud (mediante informe al comité).
- Orden del comité a la institución para que designe en término máximo de 24 horas un médico no objetor cuando el tratante fue objetor.
- Establecer plazo no superior a 10 días calendario a partir de solicitud del paciente (el paciente debe reiterar su decisión).
- El procedimiento se debe realizar dentro de los 15 días calendario siguientes a la reiteración.
- Procedimiento eutanásico u objeción de conciencia médica motivada (24 horas para reasignar a quien lo realice).

- Remisión de documento al Ministerio de Salud de todo lo acontecido.

Circular externa julio de 2015 de la Superintendencia Nacional de Salud, expedida para protocolizar la práctica eutanásica.

Reflexión crítica sobre los hallazgos

Se advierten importantes confusiones en torno al derecho fundamental que la eutanasia pretende garantizar, confusión que ha servido precisamente a los contradictores de tal procedimiento para que se generen toda clase de especulaciones, reflexiones infundadas, expresiones y pensamientos al respecto.

Para los profesionales de la salud resultan claros términos que pueden generar ruido en otros campos disciplinares. Tal es el caso de términos como: la ortotanasia o dejar que la naturaleza actúe en el proceso de la muerte, evitar medidas que lo único que harán será prolongar sufrimientos y costos; distanasia o prolongación innecesaria de la agonía por el empleo inmoderado de medios terapéuticos desproporcionados, en contraposición con la eutanasia que es provocar la muerte del paciente para liberarle de sus sufrimientos.

De igual manera es de vital importancia el conocimiento que se tiene por parte de los profesionales de la salud de los conceptos de paciente terminal, cuando se advierte que reúne las siguientes características (5):

- Ser portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto.
- La enfermedad o condición diagnosticada debe ser de carácter

progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en un plazo relativamente breve.

- En el momento del diagnóstico la enfermedad no es susceptible de un tratamiento conocido y de eficacia comprobada que permita modificar el pronóstico de muerte próxima.

Además, las fases psicológicas por las cuales atraviesa el paciente solicitante de la eutanasia, que son motivo de temor por parte de la comunidad en general, en el sentido que pueden provocar una lectura inadecuada de la verdadera voluntad de las personas, son ampliamente conocidas por los profesionales de la salud, y precisamente van a ser valoradas por expertos que hacen parte del denominado comité interdisciplinario, quien en últimas toma las decisiones al respecto de la solicitud del acto eutanásico.

Sin embargo, pareciera no resultar claro para algunas personas, lo diferente de las situaciones y contextos respecto de las temáticas de eutanasia e inducción o ayuda al suicidio, que en nuestro caso legal, por lo menos son bien diferentes y donde el segundo se encuentra absolutamente penalizado (3).

El temor que subyace a estas percepciones es la puesta en práctica de una decisión que en últimas va a definir sobre si se sigue viviendo o se decide morir, si se sigue viviendo y en qué condiciones (6) y si se muere, de qué manera (7). Es aquí donde se presenta la controversia y que en palabras del profesor Escobar Triana lo resuelve desde su perspectiva cuando plantea que la eutanasia es “morir ...como ejercicio final del derecho a una vida digna”; en igual sentido se han pronunciado otros autores que muestran como los adelantos científicos no van a la par con los adelantos normativos (1).

Se hizo evidente en la investigación que en términos generales el personal clínico acepta la eutanasia para casos específicos y donde hay mal pronóstico y el tratamiento sería fútil (8), y que cuando se tiene la posibilidad de realizar actos eutanásicos existe en las decisiones éticas y legales algún contrasentido.

Se halló confusión respecto a lo estipulado por la norma en lo que se refiere a la participación del paciente y la familia en la toma de decisión, porque se cree que los familiares son en últimas quienes deciden (consentimiento por sustitución o subrogado) (9), cuando la norma es clara en la medida que determina que el paciente es el único que puede tomar la decisión.

El paciente puede solicitar la eutanasia en una situación actual de ser terminal, o haberla solicitado previamente mediante un testamento vital. En este caso la participación de la familia sería, poniendo a disposición del equipo de salud el documento respectivo. (6).

El personal clínico considera de vital importancia que toda la familia participe del proceso, sobre todo en los casos en los que la norma no es clara y para evitar a futuro cualquier tipo de acción legal en contra de los intereses de las instituciones y de los mismos trabajadores de la salud.

También se considera que se dejan importantes vacíos en la resolución que autoriza la ejecución de procesos eutanásicos en la toma de decisiones por parte del comité interdisciplinar establecido para tal función, en razón a que no hay una mirada holística del sujeto y del caso en el contexto particular.

La decisión sigue siendo, a pesar del desarrollo normativo, prácticamente mono disciplinar (decisión médica), es decir, se

configura como un manejo reduccionista donde ésta se toma con base en unos criterios biológicos de funcionamiento del organismo humano, sin considerar la complejidad del ser humano y su abordaje integral, que necesariamente implica de una visión multidisciplinar.

Por otro lado, las personas entrevistadas mencionan el tema de la objeción de conciencia como una posibilidad de los médicos, desconociendo que quienes de manera frecuente realizan los actos eutanásicos son el personal de enfermería en obediencia de una orden médica.

Es de aclarar que de acuerdo a la sentencia C-239 de 1997, uno de los parámetros establecidos por la Corte Constitucional es que los actos eutanásicos sean realizados exclusivamente por el médico, lo cual excluye de esa posibilidad de participación al personal de enfermería, quienes de ejecutar tales actos estarían incurriendo en el delito de homicidio por piedad. En otras palabras, al no estar facultado el personal de enfermería, para participar legalmente ni jurisprudencialmente, no tendría que ser objeto de conciencia sino marginarse completamente de los actos eutanásicos.

Para terminar, es importante advertir que en los resultados de la investigación se percibieron algunas dudas relacionadas con vacíos normativos tales como:

- Manejo de casos procedentes de otros países que solicitan la eutanasia.
- Adultos que por su condición clínica o física no se pueden dar a entender, tienen la condición de terminales y no suscribieron un testamento vital.
- La eutanasia en menores de edad que podría aumentar las tutelas por el derecho a la igualdad, en razón de estar en una condición de terminal.

- Falta de claridad con respecto a la participación de la familia en las decisiones relacionadas con el proceso eutanásico.
- Cómo hacer compatible el derecho del paciente al procedimiento eutanásico con los códigos deontológicos de las profesiones en salud que advierten todas sobre la primacía del derecho a la vida.

Conclusiones

Falta comprensión de los trabajadores de la salud respecto a que la eutanasia es tan solo un procedimiento para proteger el derecho fundamental a morir dignamente y no un derecho en sí mismo. No se reconoce por un amplio sector de los profesionales de la salud, la dignidad humana como principio y como valor y que ha sido el fundamento para despenalizar el homicidio por piedad y reconocer el derecho fundamental al DMD (10).

Se desconoce por buena parte de los profesionales de la salud las palabras de la Corte: *“no puede reducirse la vida a la mera subsistencia, sino que implica el vivir adecuadamente en condiciones de dignidad”*. Este desconocimiento conduce en muchos casos a la distansia o encarnizamiento terapéutico que nos aleja de la posibilidad de congruencia con el concepto de “morir a tiempo” de Friedrich Nietzsche (11).

Falta comprensión de amigos y detractores de la eutanasia en lo que respecta a las interpretaciones que la Corte Constitucional ha hecho de la constitución y en este caso en particular del derecho a la vida, reconociendo que no es un derecho absoluto y que puede limitarse por otros derechos como el libre desarrollo de la personalidad y la autonomía (sentencia T-493 de 1993). En cuanto al derecho

a la vida, el deber protector del Estado cede ante los derechos mencionados y la dignidad de las personas (12); de esta manera, con respecto a la eutanasia, la persona no escoge entre vivir y mucho tiempo, sino entre morir dignamente o vivir sin calidad de vida.

Se desconoce por parte de algunos de los participantes en la investigación que en Colombia el Estado no puede oponerse a la decisión del individuo que no desea seguir viviendo y que teniendo enfermedad terminal, solicita le ayuden a morir; en este sentido se ha manifestado de manera reiterada la Corte Constitucional Colombiana a través de sus sentencias.

Se concluye que es poca la orientación que el personal clínico hace de estas temáticas a los familiares y al paciente mismo, caso en el cual se lograría que la eutanasia fuera un acto último como expresión del derecho a la vida (13). Se evidenció entonces que hay necesidad de hacer pedagogía (14) sobre los alcances de la norma que regula la eutanasia, toda vez que los profesionales de la salud entrevistados así lo manifestaron.

Propuesta innovadora

Por la problemática detectada se hace necesario un abordaje amplio que permita asumirla dentro de toda su complejidad, como se trata a los problemas de frontera, donde es la mirada interdisciplinar la que posibilitaría manejar de la mejor manera posible los desarrollos y aplicaciones normativas actuales y futuras. En ese orden de ideas se propone la creación de observatorios de bioética (15) que se caracterizan por ser pluralistas, interdisciplinarios e interinstitucionales, orientados a desplegar acciones relacionadas con la eutanasia en las siguientes áreas:

Docencia porque falta pedagogía en la toma de decisiones y las normativas que la sustentan, además de la mirada integral de cada caso en particular.

Investigación para ahondar científicamente en las problemáticas, oportunidades y necesidades derivadas del contexto actual.

Proyección social que posibilite integrar a la comunidad en general en estos procesos normativos y aplicativos de la legislación y en el proceso de toma de decisiones.

Creación de un centro documental que posibilite un seguimiento de esta temática en su integralidad.

Referencias

1. Nombela C, Lopez F, Serrano JM, Postigo E, Abellan JC, Prensa L. La eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica. *Lib y Testamento Vital* [Internet]. 2008;1(1):27. Available from: http://www.defensamuertenatural.org/wp-content/documentos/La_Eutanasia_perspectiva_etica_juridica_y_medica.pdf
2. La G de E de EC de, Santiago* SM de. Eutanasia y acto médico. *Rev Med Chil*. 2011;139(5):642–54.
3. De Miguel Sánchez C, López Romero a. Eutanasia y suicidio asistido: Dónde estamos y hacia dónde vamos (II). *Med Paliativa*. 2007;14(1):40–9.
4. Drane J. Eutanasia y suicidio asistido en las culturas antigua y contemporánea. *Humanit Humanidades Médicas*. 2003;1(1):35–44.
5. Armas-Castro J, Angell-Valdés S, Gondín-Hernández L. La atención integral al paciente en estadio terminal en el nivel primario de atención médica. (Spanish). *Integr Atten to Termin patient's community Healthc level*. 2008;4(6):1–5.
6. Nebot C, Ortega B, Mira JJ, Ortiz L. Morir con dignidad. Estudio sobre voluntades anticipadas. *Gac Sanit*. 2010;24(6):437–45.

7. Barbero J, Prados C, González A. Hacia un modelo de toma de decisiones compartida para el final de la vida. *Psicooncología*. 2011;8, n° 1:143–68.
8. Vargas-cruz SL, Jaramillo MS De. Problemas y decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad en etapa terminal. *Rev Salud Pública*. 2012;14(1):116–28.
9. Bórquez E G, Raineri B G, Bravo L M. La evaluación de la «capacidad de la persona»: en la práctica actual y en el contexto del consentimiento informado. *Revista médica de Chile*. 2004.
10. Bonilla Sánchez JJ. El derecho a morir dignamente en Andalucía. *Espac y Tiempo Rev Ciencias Humanas*. 2011;(25):171–88.
11. Pedro J, Aisengart R. Variaciones sobre el “ buen morir ”. Un análisis comparativo de la gestión del final de la vida en cuidados paliativos en Argentina y Brasil. *Intersecc en Antropol [Internet]*. 2012;13(2):461–72. Available from: <http://www.scielo.org.ar/pdf/iant/v13n2/v13n2a11.pdf>
12. Griffin J. Derecho a vivir, Derecho a morir. *Telos Rev Iberoamerica Estud Util*. 1998;7(1):23–50.
13. Sepúlveda-Sánchez JM, Morales-Asencio JM, Morales-Gil IM, Canca-Sánchez JC, Crespillo-García E, Timonet-Andreu EM. El derecho a morir con dignidad en un hospital de agudos: Un estudio cualitativo. *Enferm Clin*. 2014;24(4):211–8.
14. Freire P. *Pedagogía de la autonomía. Saberes necesarios para la práctica educativa*. Educación y Territorio. 2006. 139 p.
15. Burgos Velasco JM. ¿ Qué es la bioética personalista ? un análisis de su especificidad y de sus fundamentos teóricos. *Cuad Bioética*. 2013;XXIV(1):17–30.