

La muerte digna no es eutanasia

Perspectiva histórica

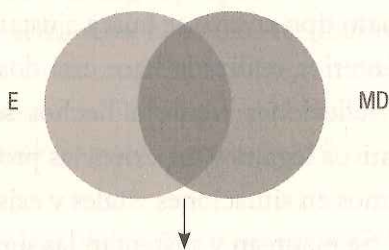
Dr. Saúl Santoyo Téllez

Médico y cirujano, Universidad Nacional de Colombia
Miembro del Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos (ICEB)

En este documento se adopta la perspectiva conocida como *historia de los problemas* cuyo enfoque supera las limitaciones de la historia conceptual, ideológica y cultural (Sgarbi, 2010). En este caso, el problema a analizar es la manera como los seres humanos —a nivel individual e institucional— han afrontado los llamados signos de inmanencia: enfermedad, vejez, sufrimiento y muerte.

En un formato tipo ensayo se busca ajustar y complementar una revisión anterior, realizada hace casi dos décadas (Santoyo, 1997), con reflexiones frente a hechos socio-culturales, desarrollos normativos legales y experiencias profesionales en la atención de enfermos en situaciones vitales y existenciales límite durante ese lapso. Se plantean y sustentan las siguientes tesis:

1. *“Eutanasia” y “muerte digna” no son sinónimos.* Se trata de dos paradigmas (modelos) diferentes, surgidos en tiempos y contextos particulares –separados por siglos– con fundamentos y objetivos específicos.
2. *La muerte digna es un modelo contemporáneo* que surge en la segunda mitad del siglo xx y evoluciona como un modelo de centro–entre la eutanasia y la distanasia–, conciliador e integrador, con progresiva estructuración a través de un proceso consensuado, por etapas, en un terreno de respeto a la ley y a la *lex artis médica*, propio de cada contexto cultural.
3. *Algunas prácticas eutanásicas, no todas, una vez reglamentadas, pasan al paradigma de la muerte digna.* En el diagrama adjunto, la zona de intersección entre los círculos paradigmáticos representa un subgrupo de prácticas que durante largo tiempo recibieron el calificativo de eutanasia –tales como la limitación de tratamientos, la abstención o retiro de medidas de soporte vital, la no reanimación cardiopulmonar y la sedación en la agonía–. Actualmente, estas prácticas, si cumplen con estrictos requisitos de la *lex artis médica* y de las normas legales (de eso trata precisamente la reglamentación), se consideran tipologías inscritas en el paradigma de la muerte digna,



Las áreas independientes implican que, en la actualidad, existan situaciones específicas que se consideren inscritas en un

paradigma y no en el otro. Mientras que algunas prácticas eutanásicas, previo cumplimiento de requisitos estrictos, se incorporan –por vía legal y de la *lex artis médica*– al paradigma de la muerte digna, otras persisten en la intimidad de la relación médico–paciente: en forma similar a lo que ocurre en otros países, tienen lugar de manera clandestina y organizada por grupos de interés, dando respuesta a las necesidades y peticiones de enfermos y familiares, en un espacio de tolerancia, imprecisiones legales, juegos de lenguaje y aceptación social.

El homicidio consentido –acordado entre enfermo terminal y médico–, en el marco de la Sentencia C–239/97, constituye una variedad de muerte digna y no de eutanasia. Esta tesis, novedosa y retadora, será debidamente explicada en sus fundamentos.

Eutanasia: de la etimología a la “traición conceptual”

¿Qué es lo que ha sucedido con la palabra eutanasia en cuanto concepto? La respuesta se adapta a los lineamientos de Marco Sgarbi y Hans–George Gadamer (Sgarbi, Op. Cit. p. 279):

Una suerte de traición tuvo lugar, y se convirtió en costumbre inveterada, cuando bajo intenciones historiográficas o ideológicas, una vez cumplido el rastreo etimológico en textos antiguos se procedió a desenraizar, separar o arrancar la palabra *eutanasia* de su sentido original –su extensión primaria– para emplearla en otros contextos históricos y culturales –previos y posteriores– arropando con el término situaciones y prácticas complejas, totalmente diferentes.

Estos son los documentos más antiguos hasta ahora encontrados con la palabra *eutanasia*, escrita en griego:

- El primero, una carta de Cicerón (106 a. C.–43 a. C.) a Ático, Libro XVI–VII: “lo que más me admiró es que usaste estas

palabras: ¡una buena cosa para ti, que hablas de una buena muerte noble! ¡Abandona la patria!” (cf. Fentandacc, p. 1).

- El segundo, un escrito del historiador Suetonio, en el capítulo 47 de la Vida, referente a César Augusto (63 a. C.–14 d. C.): “el destino le reservó una muerte tranquila, tal como siempre la había deseado. En efecto, casi siempre que oía decir que alguien había muerto rápidamente y sin sufrir, imploraba a los dioses que le fuera concedida para él y para los suyos la misma eutanasia” (Broggi, p. 266).

Sobre el sentido de la primera carta se ha sostenido lo siguiente:

La eutanasia era entendida como un objeto de deseo y de petición de todas las personas sensatas, pues se refería a una muerte buena, en la que se habían atenuado los sufrimientos extremos; de ninguna manera era una muerte provocada bajo la premisa de la compasión, ni una muerte decidida por los médicos. Difícil es intentar una explicación convincente al cambio del significado del término eutanasia, desde sus orígenes hasta nuestros días. ¿Por qué secreta razón se cambia en el curso de los siglos el significado de la palabra griega que quiere decir: bondad, dignidad, honestidad al momento de morir, para descender a decir muerte provocada, muerte decidida por el médico, muerte por piedad o compasión? (cf. Barreto p. 3).

Sobre la segunda carta se ha afirmado esto:

Si nos quedáramos en una acepción tan amplia —buena muerte, sin sufrimiento, sin agonía, dulce o en paz— la confusión estaría servida: casi toda intervención de ayuda, todo proceso medicali-

zado sería susceptible de llamarse así y, tal como están las cosas, se dudaría de que constituyera un buen hacer (Broggi p. 266).

Dentro del espacio que queda abierto ante la ausencia de una mayor contextualización de los textos citados, no faltarán quienes consideren que allí se esbozan situaciones que en ese tiempo se llamaban ya eutanasia y que hoy en día se conocen como variantes de sedación en el marco de los cuidados paliativos.

La perspectiva adoptada (historia de los problemas), el rastreo etimológico y conceptual primario, seguidos de la revisión del listado de situaciones complejas y diversas que han sido consideradas como parte del paradigma eutanásico, tanto en nuestra propia revisión (Santoyo, Ob. Cit. P. 35-41) como en otras, lleva a la siguiente síntesis:

La palabra eutanasia, convertida en concepto de uso tanto retrospectivo como prospectivo, se separó de la significación primaria y adquirió una semántica diferente, con una extensión amplia. Se le ha empleado durante siglos para agrupar en un solo saco un complejo de prácticas muy diversas, dirigidas a acelerar, anticipar o provocar la muerte, con diversas motivaciones, situación que pone de manifiesto la llamada "traición conceptual" en el sentido planteado por Sagarbi y Gadamer: piedad ante el sufrimiento intratable o refractario; horror o rechazo ante las malformaciones, lesiones corporales; declive de la ancianidad; utilidad social; autoeliminación (suicidio); pérdida del sentido de la vida; salida ante los excesos de la medicina; alivio de cargas familiares, sociales o estatales. Motivaciones que, en síntesis, son de índole instintiva, afectiva, filosófica, ideológica, económica, cultural y política. De manera que no es cierto que la eutanasia haya sido siempre una respuesta motivada exclusivamente en

la piedad ante el sufrimiento, puesto que esta situación apenas corresponde a una de sus tipologías. Es importante resaltar que la piedad ante el sufrimiento intratable o refractario, es solo uno de los motivos eutanásicos y que no tiene por tanto un carácter general aplicable a todo tipo de eutanasia.

La eutanasia como modelo primario y luego reactivo

En el esquema 1 se dispone una síntesis del proceso evolutivo de distintos modelos a través de la historia.

Durante la era precristiana, en el marco de una medicina ausente o apenas en esbozo, las prácticas dirigidas a tratar la agonía, anticipar la muerte e interrumpir la vida –agrupadas luego bajo el término eutanasia– tienen amplia aceptación cultural, a manera de modelo primario y competitivo respecto al curso natural de las enfermedades y lesiones corporales.

Entre los siglos I–XIX se configura un modelo competitivo enfrentado a la eutanasia, impulsado por la religión, la ley y la medicina, el cual está centrado en la sacralidad, respeto y promoción de la vida.

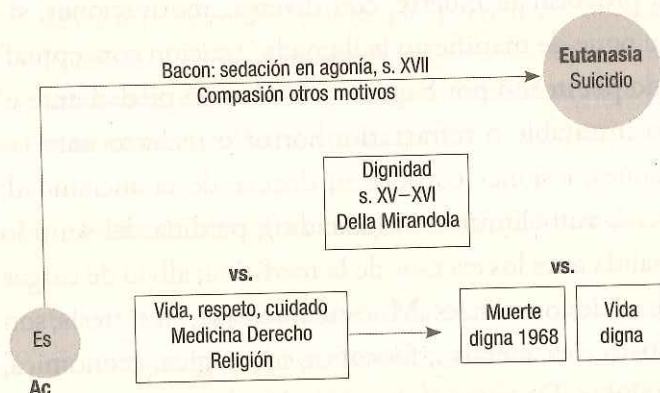


Figura 1. Modelos competitivos
Fuente: proyecto SLS

A partir de mediados del siglo XIX, con los progresos de la anestesia y la cirugía, se inicia lo que podríamos llamar medicina moderna que, en conjunto con las ciencias, la política, la economía y otras disciplinas sociales se inscribe en la utopía propia del paradigma denominado vida digna. Los éxitos hacen retroceder el paradigma eutanásico.

Hacia mediados del siglo XX —debido a las consecuencias de la obstinación terapéutica en las unidades de cuidado intensivo—, bajo el término distanasia se agrupan las acciones médicas y los nefastos resultados de la lucha desproporcionada, obsesiva e injustificada, propia de una racionalidad científica a ultranza, contra la muerte natural e inevitable. El mismo proceso de medicalización determina una posición extrema y contraria a la mal denominada eutanasia, al considerar que es éticamente exigible todo lo que es técnicamente posible, lo que *Hans Jonas* denomina “imperativo tecnológico” (cf. Barreto, op. cit.). Esta situación, aunada a la disminución o límite de los éxitos de la medicina, deriva en un florecimiento del paradigma eutanásico.

En 1968 se esboza en los Estados Unidos el paradigma de la muerte digna. En las tres décadas finales del siglo XX se configuran sus distintas variedades y continúa el proceso de reglamentación de las prácticas eutanásicas.

A partir de 1981, la Corte de Rotterdam en Holanda inicia el proceso de reglamentación de las prácticas eutanásicas, el cual fue esbozado en la revisión previa (Santoyo, 1997) y se encuentra ampliamente detallado en el documento de la Sentencia T-970/2014, adonde se remite el lector interesado. En cuanto hace relación al cumplimiento de la *lex artis médica* y de las normas legales, el proceso seguido en Holanda brindaría otro ejemplo del paradigma de la muerte digna. La época anterior estaba signada por la eutanasia.

Eutanasia, aceptación transitoria en el campo médico

Es posible que, no obstante el llamado Juramento Hipocrático, los médicos desde siempre hayan practicado la eutanasia, tanto en los familiares enfermos como en la intimidad de la relación médica. Al respecto del reconocimiento de la participación médica, se conocen dos hitos: Francis Bacon en 1623 y la American Medical Association (AMA) en 1973.

El siguiente apartado es tomado de una obra de Francis Bacon, *Historia vitae et mortis*:

La función del médico es devolver la salud y mitigar los sufrimientos y dolores, no solo en cuanto esa mitigación puede conducir a la curación, sino también en cuanto que puede procurar una eutanasia: una muerte tranquila y fácil. En nuestro tiempo los médicos abandonan a los enfermos cuando han llegado al final. Por el contrario, deben tener una nueva ciencia, y de acuerdo con ella esta búsqueda la entendemos como la eutanasia externa, que se distingue de la otra eutanasia que tiene por objeto la preparación del alma. (Miret p. 3)

Bacon se refiere a la tradición que considera el "*arte de morir*" como parte del "*arte de vivir*" pero agrega a esta tradición "algo que para la Edad Media era una posibilidad inimaginable: la muerte de un enfermo ayudado por el médico". Para Bacon, el deseo del enfermo es un requisito decisivo de la eutanasia activa la eutanasia no puede tener lugar contra la voluntad del enfermo o sin aclaración (Cf. Referencias a Bacon y la eutanasia en Wikipedia):

Quien se ha convencido de esto, quien termina su vida, ya sea voluntariamente a través de la abstención de recibir alimentos o

es puesto a dormir y encuentra salvación sin darse cuenta de la muerte. Contra su voluntad no se debe matar a nadie, se le debe prestar cuidados igual que a cualquier otro.

Al igual que en los textos de Cicerón y César Augusto, queda a juicio del lector si los comentarios de Bacon se refieren a la sedación en la agonía, a la sedación paliativa con el llamado “doble efecto” o incluso a la eutanasia voluntaria en enfermos no terminales.

En 1973, la American Medical Association (AMA) calificó como eutanasia pasiva el retiro de un respirador en un enfermo en estado clínico diagnosticado como “muerte cerebral”. El término “pasivo” hacía referencia a que se retiraba una medida de soporte vital y la muerte era una consecuencia de la evolución natural y no de aplicación de medicamentos en dosis letales. Posteriormente, la Asociación Médica Americana, en 1973, confirmó la diferencia entre los términos Activa y Pasiva: por eutanasia activa se entendía “hacer algo para producir la muerte del paciente” y equivalía al asesinato piadoso. Por eutanasia pasiva se entendía no hacer nada, dejar morir al paciente, y se refería a la situación de suspensión de medios extraordinarios para prolongar la vida del cuerpo cuando existía irrefutable evidencia de que la muerte biológica era inminente (Baird p. 57).

A partir de 1979, la clasificación de la eutanasia en tipos o variedades, propuesta liderada por Joseph Fletcher (Baird pp. 98–100), aportó otras herramientas de análisis: a partir de tres categorías conceptuales (voluntaria–involuntaria, activa–pasiva, directa–indirecta) desglosó cinco tipologías o variedades combinatorias y las presentó a consideración moral.

Por supuesto, no siempre es fácil aplicar esta terminología a la hora de clasificar los casos personales en sus circuns-

tancias concretas. Además, la clasificación de Fletcher no toma en cuenta variables muy importantes como el estado clínico en que se encuentra el enfermo ni el concepto médico. Por estas razones, se ha propuesto eliminarla. Pero debe tenerse en cuenta que la clasificación de Fletcher aún figura en textos actuales sobre el tema (incluso los magistrados se refieren a ella en la Sentencia T-970/2014) y que además es útil para describir la extensión en que se toma la eutanasia actualmente.

El declive de la eutanasia en el campo médico

Los cuerpos médicos colegiados a nivel mundial rechazan la eutanasia practicada por médicos:

Declaración sobre la Eutanasia adoptada por la 38ª Asamblea Médica Mundial en octubre de 1987: “la eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética”.

El Comité Permanente de Médicos Europeos (CPME), que agrupa a dos millones de médicos en la Unión Europea, reunidos en Bruselas, marzo 2004, “anima a todos los médicos a no participar en la eutanasia, aunque sea legal en su país o esté despenalizada en determinadas circunstancias”.

La Organización Médica Colegial de España ha apoyado la opinión manifestada por la CPME. Considera un deber del personal de salud el facilitar toda la gama de cuidados paliativos y además declara lo siguiente:

La petición individual de eutanasia o el suicidio asistido deben ser considerados generalmente como una demanda de mayor atención pudiendo hacer que desaparezca esta petición aplicando los principios y la práctica de unos cuidados paliativos de calidad

No es ético tomar medidas cuya finalidad sea terminar deliberadamente con la vida de un paciente, tanto si son a petición del mismo o de sus familiares como si no.

La Ley 23 de 1981, aún vigente en Colombia, en el artículo 54 dispone que “el médico atenderá las disposiciones legales vigentes en el país, a las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial y de sus Asambleas”.

La eutanasia, sin espacio en el dominio legal

La palabra eutanasia, tras un largo proceso histórico, con situaciones y actores diversos, con excepción de Bélgica que es prácticamente una isla en este aspecto, no figura en los textos legales relacionados con la toma de decisiones médicas.

En Holanda, pionera en el mundo moderno de una cultura libérrima ante la muerte, la palabra no figura en el título de la famosa ley, llamada simple y llanamente “*interrupción de la vida*”. “En Estados Unidos, la Comisión Presidencial de 1983 designada para decidir sobre la suspensión del tratamiento sustentador de la vida, en su informe de más de 500 páginas no utilizó la palabra eutanasia” (cf. Keown p. 236).

El Sexagésimo Sexto Congreso de los Juristas Alemanes recomienda sustituir los confusos conceptos de eutanasia activa, pasiva e indirecta por las caracterizaciones “muerte a petición” (*Tötung auf Verlangen*), “interrupción de las medidas de soporte vital” e “implementación de medidas paliativas del dolor”.

Colombia ha sido “cabeza de playa” de ese intento de entender las perspectivas de los Países Bajos a Latinoamérica y ha sido ampliamente difundida la perspectiva que afirma que mediante la Sentencia C-239/97 se despenalizó y legalizó la

Eutanasia, afirmación que en este mismo documento merecerá un análisis crítico.

Desde el punto de vista del autor de este artículo, es poco probable, por razones culturales y sociales e institucionales, que las legislaciones en América y en otros países acepten la inclusión en su normatividad legal de la palabra eutanasia, tanto en su forma amplia como reducida. Al respecto, vale la pena citar dos ejemplos:

En Argentina, los legisladores incluyeron dentro de la Ley 26.742, conocida como Ley de Muerte Digna, una clara delimitación respecto a la eutanasia:

Art. 11. – Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.

En Colombia, los dieciocho años transcurridos sin reglamentación de la Sentencia C-239/97 seguramente tuvieron que ver con la relación que se estableció entre dicha sentencia y la eutanasia. Al respecto, es ilustrativo el naufragio en el Congreso de las propuestas de leyes con el título “Eutanasia”, presentadas como desarrollo del llamado que hizo la Corte Constitucional a reglamentar dicha sentencia. El Ministerio de Salud, mediante la Resolución 1216/2015, en línea con la parte conclusiva y resolutive de la Sentencia T-970/2014, procedió a la regulación bajo el concepto de **muerte digna**, sin emplear la palabra eutanasia. A continuación se exponen las razones.

Muerte digna: etimología y estructuración del paradigma

Las diferencias entre eutanasia y muerte digna son sustanciales en cuanto al momento de configuración de los términos, el contexto, la extensión de los conceptos, sus actores y requisitos. En síntesis, la muerte digna es un modelo contemporáneo, que aparece en la segunda mitad del siglo xx con base en *requisitos estrictos de tipo ético, legal y médico*. Incluso, la muerte digna se configura como un modelo competitivo frente a la eutanasia y la distanasia. La diferencia clave respecto a la eutanasia radica en la obligación de atender al cumplimiento estricto de los requisitos citados.

A Bryant Jennet se debe el primer reporte sobre la aparición del término “muerte digna” en un contexto particular:

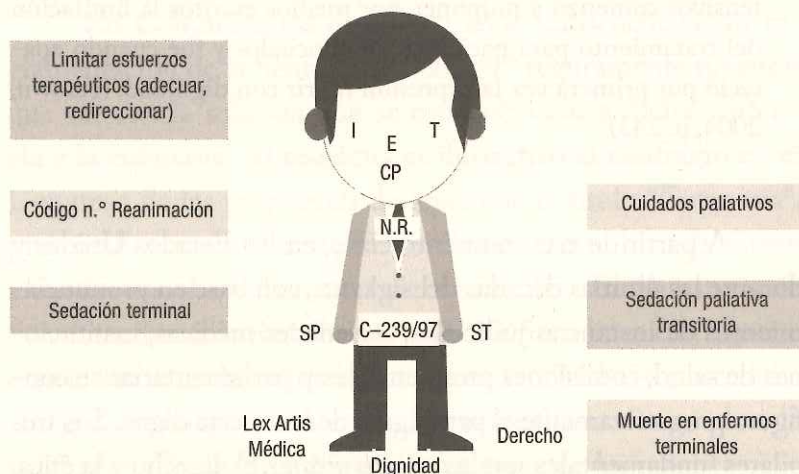
El Criterio de Harvard para la muerte cerebral legitimó el retiro de aparatos de respiración cuyo corazón latiera pero cuyo cerebro estuviera dañado irremediablemente (Ad Hoc committee, 1968). Ese mismo año el personal que trabajaba en cuidados intensivos comenzó a proponer, por medios escritos la limitación del tratamiento para pacientes desahuciados y fue cuando apareció por primera vez la expresión morir con dignidad. (Keown, 2004, p. 243).

A partir de este momento clave, en los Estados Unidos y durante las últimas décadas del siglo xx, con base en pronunciamientos de instancias judiciales, sociedades médicas, instituciones de salud, comisiones presidenciales y parlamentarias se configura progresivamente el paradigma de la muerte digna. Sus tres pilares fundamentales son la *lex artis médica*, el derecho y la ética. Allí los casos clínicos concretos, plenamente aclarados desde el

punto de vista médico, son analizados y resueltos en fallos judiciales sucesivos que sientan jurisprudencia. Los principios de autonomía y dignidad forman parte de la perspectiva ética y legal.

La primera tipología que se abre paso dentro del paradigma de muerte digna es la denominada “Limitación de Esfuerzos Terapéuticos (LET)”. Inicialmente, dicho esquema se aplica en enfermos en estado de coma permanente, estado neurovegetativo persistente y aquellos en fase terminal. Posteriormente, el modelo se extiende a personas previamente sanas y a portadores de enfermedades crónicas progresivas enfrentadas a circunstancias clínicas de riesgo vital en que existe alta probabilidad de manejos desproporcionados o fútiles (cf. op. cit., pp. 43–56).

Las variantes o prácticas que se inscriben en el modelo de muerte digna son: la limitación de esfuerzos terapéuticos (LET), los cuidados paliativos, el código de no reanimación, las dos modalidades de sedación (en la agonía y paliativa) e incluso el homicidio consentido en los términos de la Sentencia C-239/97, perspectiva que se detallará en sus fundamentos (figura 2).



Si no se cumplen requisitos, se trata de eutanasia

Figura 2. Variantes de muerte digna

Cuando bajo los nombres anteriores tengan lugar actos operativos similares, sin cumplimiento de los requisitos de orden legal y médico inscritos en las normas legales vigentes y en la *lex artis profesional*, estaremos frente a eutanasias mimetizadas como muerte digna. Para asegurar lo anterior y proteger la vulnerabilidad de los enfermos se hace necesario que, al igual que lo sucedido con la Sentencia C-239/97, tenga lugar una debida regulación.

La diferenciación entre eutanasia y sedación paliativa es uno de los ejemplos de la situación a resolver mediante una necesaria regulación futura: las sedaciones paliativas cortas con dosis desproporcionadas de medicamentos frente a la situación clínica y las sedaciones prolongadas, también con dosis elevadas de fármacos que buscan el llamado “doble efecto”, han sido denominadas con el calificativo de “eutanasia lenta” y pueden corresponder a eutanasias mimetizadas.

La muerte digna, previo cumplimiento de requisitos, incluye tipologías anteriormente clasificadas como eutanasia

En la actualidad –a través de regulaciones que toman en cuenta la *lex artis* médica y la ley– se han “desprendido o liberado” del término eutanasia las siguientes categorías: cuidados paliativos, sedación terminal, limitación de esfuerzos terapéuticos, homicidio por piedad, homicidio consentido y suicidio asistido.

Al respecto se pueden hacer las siguientes consideraciones: se trata de herramientas de manejo médico que, dada su regulación y exigencia de requisitos, no tienen ya que ver con la eutanasia y se incrustan en el nuevo paradigma, la muerte digna. Implican el reconocimiento de un cambio de perspectivas

frente a la realidad de la muerte. Recogen argumentos como el respeto a la dignidad y derechos de las personas enfermas. Reflejan una progresiva aceptación cultural en diferentes contextos y una apertura de espacios a diferentes variantes anteriormente restringidas por la medicina, la religión y el derecho.

En la tabla 1, se observa la relación operativa simple y por tanto superficial entre las variantes de eutanasia en el Esquema de Fletcher y las tipologías de la Muerte Digna. Esto aplica para la Sentencia C-239/97.

Nótese la posición diferente del homicidio consentido en comparación con el homicidio piadoso. Debido a la exigencia de requisitos de orden médico, legal y ético, nadie llama eutanasia a las variedades de muerte digna listadas en la columna de la derecha.

Tabla 1. Relaciones operativas simples
entre variedades de eutanasia y muerte digna

Variedades de eutanasia	Ejemplos	Variedades de muerte digna
Nomenclatura de Fletcher		Admitidas en las normas legales y/o la <i>lex artis médica</i> con requisitos estrictos.
Voluntaria-activa-directa	Suicidio y suicidio asistido	Suicidio asistido (Holanda, Suiza, Estados Unidos)
Voluntaria-pasiva-directa	Homicidio consentido	• Limitación de Esfuerzos Terapéuticos en la unidad de cuidados intensivos. • Sedación Paliativa con doble efecto. • Sedación terminal • Homicidio por piedad en enfermos terminales (Sentencia C-239/97) • Ley 26.742 en Argentina: suspensión de soporte vital en enfermos terminales y crónicos avanzados.

Variedades de eutanasia	Ejemplos	Variedades de muerte digna
Voluntaria-pasiva -indirecta	El enfermo expresa su voluntad anticipada de morir, restringida a medios indirectos (rechazo a medidas de tipo curativo)	• Ley de voluntades anticipadas • Ley de cuidados paliativos (Colombia) • Limitación de esfuerzos terapéuticos
Involuntaria-pasiva -directa	Homicidio piadoso	• Sedación paliativa con doble efecto no informado. • Sedación terminal sin el consentimiento del enfermo.
Involuntaria-pasiva -indirecta	En contexto hospitalarios, sin que lo solicite el paciente, se permite el proceso hacia la muerte natural, limitando los servicios a los cuidados básicos	Limitación de esfuerzos terapéuticos en áreas diferentes a los cuidados intensivos.

Sentencia C-239/97, una variedad de muerte digna y no de eutanasia

- La versión que ha sido ampliamente difundida a través de los medios de comunicación y que de manera lamentable se brinda con frecuencia a los enfermos que solicitan orientación, sostiene que *“en Colombia, mediante la Sentencia D-239/97 se despenalizó y legalizó la Eutanasia”*. Esta afirmación merece un análisis crítico:
- Es cierto que la intención del Magistrado Gaviria, admitida luego en programas de los medios de comunicación, era iniciar el camino para la legalización de la Eutanasia en Colombia, de manera amplia, aplicable no solo a los enfermos terminales e incluyendo el suicidio asistido. Esto último y algunos otros aspectos de la Sentencia C-239/97 fueron objeto de amplia controversia y discrepancia entre los magistrados de la Corte, las cuales quedaron consignadas en las aclaraciones y salvamentos de voto correspon-

dientes. Con frecuencia se pasa por alto que el magistrado Gaviria insistía en que con dicha Sentencia se había despenalizado y legalizado la eutanasia, pero de manera restringida (en enfermos terminales competentes que lo solicitan) y condicionada (sujeta al cumplimiento de requisitos). Al no mencionar la restricción, ni los requisitos, los partidarios de la Eutanasia a ultranza y los medios de comunicación procedieron a sostener que la Eutanasia había sido legalizada en Colombia, es decir en todas sus variedades.

- No se puede despenalizar lo que no está tipificado y penalizado. La figura del *homicidio eutanásico*, presente en códigos anteriores, no existía ya en el código penal vigente en 1997. Mediante la Sentencia se despenalizó, de manera condicionada y con requisitos específicos, no la eutanasia, sino un tipo de Homicidio, el homicidio por piedad, una figura legal tipificada y penalizada en el Código Penal vigente.
- La actuación que fue aprobada por la Sentencia corresponde —en los términos de la clasificación de Fletcher— al “*homicidio consentido*” y no al “*homicidio pietístico*”. Mientras que en el homicidio consentido se requiere la voluntad del enfermo, en el homicidio pietístico puede dicha voluntad pasarse por alto. En consecuencia, puede afirmarse, en lenguaje popular pero descriptivo de lo ocurrido, que allí “se metió otro gato por liebre” puesto que el homicidio consentido, presente en Códigos Penales anteriores, también había sido eliminado.
- La actuación que la Corte consideró justificada exige la voluntad del enfermo terminal para optar por una muerte digna. Además, la reconoce como un derecho. Hay variantes de

Eutanasia que no toman en cuenta la voluntad del enfermo y por tanto quedan por fuera de la sentencia y conservan su estatus de ilegalidad.

- Las consideraciones de la Corte se enfocaron primero en la cuestión de la piedad, muy explicable puesto que la figura demandada era el homicidio por piedad. Pero el concepto clave que dio el sustento a la parte resolutive, a manera de fundamento y de columna vertebral, no fue la piedad, sino la dignidad humana y en concreto la muerte digna, considerada como valor fundamental. Por ello, la sentencia pertenece al dominio de dicho paradigma y no al de la eutanasia.
- La palabra eutanasia no se encuentra en el contenido formal de la sentencia. Se la encuentra en las consideraciones, cuando se hace referencia a la figura anterior, “el homicidio eutanásico”, y luego en una nota explicativa, al margen del título “regulación de la muerte digna”. En dicha nota marginal se aclara que *“la muerte digna, desde la perspectiva adoptada en el caso subexámine, puede relacionarse con varios comportamientos”* y se citan como ejemplos no solo la eutanasia activa, sino también la asistencia al suicidio y la eutanasia pasiva. ¡Qué tal que por ello se afirmara que la Corte despenalizó también la asistencia al suicidio y la eutanasia pasiva!

De aceptarse que la sentencia tuvo alguna relación con el tema de la eutanasia, habría que decir, en línea con lo expresado en multitud de ocasiones por el propio magistrado Gaviria, que tuvo que ver con *solo una de las variantes* de eutanasia y no con todo el paquete de variedades que integran dicho término.

Los casos que no se inscriben en una relación ética y profesional propia de la relación médico-paciente al igual que los acordados por consenso entre médicos, familiares y enfermos, en la intimidad de la atención médica sin cumplir con los parámetros establecidos por la ley o por fuera de los estándares científicos y éticos establecidos por la comunidad científica, siguen siendo Eutanasias ilegales. Estarían acá el Homicidio por Piedad y el Homicidio Consentido que no cumplan con las condiciones y requisitos establecidos en la Sentencia 239/97 de la Corte Constitucional y ahora en la Resolución 1216 de Minsalud.

Algo importante para cerrar el punto: recuérdese que si no se cumplen los requisitos exigidos, bajo el paraguas de la sedación paliativa, sedación terminal y LET pueden configurarse y camuflarse casos reales de eutanasia, modelos de atención médica por fuera de las consideraciones de la Corte y que podrían ser tipificados como homicidio simple o agravado. En la primera columna de la tabla 2 se ubica un listado de variables para confrontar los paradigmas de la muerte digna y la eutanasia. También puede observarse la coherencia de las Sentencias C-239/97 y T-970/2014 con la muerte digna y no con la eutanasia.

Tabla 2. Concordancia de la sentencias C-239/97 y T-970/2014 con la muerte digna y no con la eutanasia

	Muerte digna	S-C239/97 y T-970/2014	Eutanasia
Fundamento	Dignidad realidad	Dignidad la piedad fue la vía para reglamentar	Enfermo en situación de indignidad, piedad y otros
Sujeto pasivo	Enfermo (datos objetivos)	Enfermo (datos objetivos)	Enfermo o nó (suicidas)
Libertad	Delimitada	Delimitada	Libérrima
Autonomía-voluntad	Condición esencial o subrogada	Condición esencial (Sentencia C) o subrogada (Sentencia T)	Con frecuencia deciden la familia y/o el médico
Móviles	Petición de derecho acogerse a la Ley	Petición de derecho acogerse a la Ley	Cargas, mitos, suicidio
Ética	Formal	Formal y material	Material
Derecho	Sentencias C y T	Sentencia C y T	Intimidad Clandestinidad Tolerancia
Lex artis medica	Datos objetivos	Datos objetivos	Los considera barreras
Indicacion estados clinicos	Restringida a estados clinicos especificos y opciones	Restringida Estados clínicos específicos y opciones	Amplia. Importan solo el sufrimiento y voluntad de morir
Condicionada Requisitos	Proteccion Vulnerabilidad	Proteccion Vulnerabilidad	Los considera barreras
Regulacion	Si. Transparencia	18 Años sin regulación por el congreso	La considera barrera
Aceptacion social	Respeto norma legal	Debate. Espacios para eutanasias encubiertas	Si en ciertos sectores, organizaciones y enfermos.

El “boom eutanásico” en los medios de comunicación

Los medios de comunicación constituyen una instancia llamativa, a nivel internacional y local, en cuanto a su insisten-

cia en presentar todo avance en el sentido de la muerte digna como “aprobación o legalización de la *eutanasia*”. No se trata de ignorancia. Una explicación parcial sería que escribir “aprobada, previa reglamentación estricta, una actuación anteriormente considerada eutanásica” requeriría mayor información en los lectores y haría imposible un titular “impactante”. El término “eutanasia” tiene más impacto informativo que “muerte digna”; el público no conoce la diferencia entre ellos, y hay quienes insisten en plantearlos como términos sinónimos o complementarios, en igualdad legal y ética.

La palabra eutanasia se presenta en las últimas décadas de dos maneras diferentes en cuanto a la extensión conceptual: de una parte, de manera restringida, referida a la muerte voluntaria, directa y activa, con un sujeto pasivo (enfermo) y uno activo (médico); de la otra, conservando su sentido amplio. Esta dualidad semántica obedece a intenciones estratégicas de las organizaciones que a nivel mundial promueven el paradigma eutanásico. El sentido restringido se emplea para la lucha o logro de un espacio legal para su aceptación (como ha sido en el caso de un enfermo terminal que lo solicita y un médico actor que responde). Al sentido amplio se recurre cuando, obtenido el derecho anterior, se hace uso del término en los medios de comunicación para sostener que la Eutanasia (en todas sus prácticas) ha sido aprobada.

La cuestión de fondo: sentido de la vida, Eros y Thánatos

El género humano se destaca entre los seres vivos por su capacidad de configurar y manipular el significado-sentido de la vida y de la muerte. El deseo de significado-sentido es una necesidad específica, no reducible a otras necesidades y está

presente en mayor o menor grado en todos los seres humanos (Frankl, 1999). De otra parte, el sufrimiento es inherente a las experiencias vitales y existenciales.

Las peticiones de muerte que hacen los enfermos se pueden ubicar en el marco de dos pulsiones –Eros y Thánatos–, de cuya interrelación deriva la conformación y reestructuración del sentido–significado que los enfermos dan a la vida y a la muerte; y, por esa vía, surge su postura de filia o fobia en relación con las pulsiones anteriores (Proyecto Situaciones Límite en Salud, 2015).

El sentido–significado de la vida–muerte es el resultado de la combinación de dos fuerzas o pulsiones, Eros (E) y Thánatos (T); cada una de ellas, es una vertiente existencial, conformada por una serie de variables. Así para el Eros concurren: personalidad, reserva vital, espacio existencial, atención en salud y red de soporte (familiar, social, espiritual).

En conjunto con el sufrimiento puede plantearse una relación simple, llamada “ecuación existencial”, ilustrativa del problema y de las fuentes de la pulsión de muerte:

$$T = S/E$$

La pulsión de muerte (tanto a nivel de las personas como de instituciones y culturas) se presenta cuando, independientemente del grado de sufrimiento, las variables constitutivas del Eros tienden hacia cero. También, cuando el sufrimiento aumenta de intensidad y se torna refractario o intolerable, sobrepasando y llevando al fracaso toda acción destinada a fortalecer el Eros.

De esta manera, puede afirmarse que la respuesta positiva a la petición de muerte formulada por un enfermo implica una de estas tres cosas: una falla en la calidad y oportunidad de

las medidas de soporte, cuidado y refuerzo del Eros; un rechazo invencible a dichas medidas por parte del enfermo; un reconocimiento de limitación de las medidas de soporte existencial dadas las particularidades del caso concreto acompañado de impotencia y aceptación de la muerte como única salida, por demás excepcional, al sufrimiento.

En el primer caso, debe responderse a la pregunta por la responsabilidad médica, familiar, social y estatal, y por la calidad de las medidas de soporte y paliativas dispensadas. En el segundo caso, además de lo anterior, debe responderse a la pregunta por el equilibrio mental del enfermo y la posibilidad de su manejo; en el tercer caso, solo queda la esperanza de un progreso continuado de la medicina en relación con la prevención y control de las enfermedades.

Muerte digna: escalones culturales en Colombia

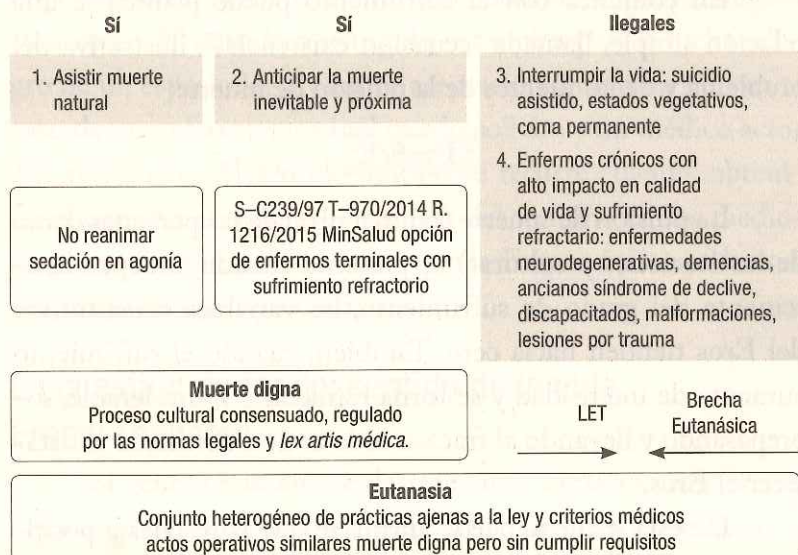


Figura 3. Muerte digna: escalones culturales en Colombia.

En la figura 3, se plantean tres escalones culturales diferentes en relación con la muerte asistida: el primero, asistir la agonía de una muerte natural. Por increíble que parezca, aún hoy en día en nuestro país muchas instituciones de salud no cuentan con protocolos sobre la sedación en la agonía y los médicos mantienen inquietudes sobre los riesgos legales al no reanimar a pacientes en paro cardiopulmonar.

Para el segundo escalón, anticipar una muerte inevitable y próxima, se dispone de las Sentencias C-239/97, T-970/2014 y la Resolución 1216/2015 de Minsalud *aplicables solo a los enfermos terminales que lo soliciten*. Están pendientes procesos de revisión en la Sala Plena de la Corte Constitucional y los proyectos que pueda emprender el Congreso de la República al respecto.

El tercer escalón, interrumpir la vida o abrir el espacio para la muerte en los casos clínicos que se detallan en la figura anterior, es bastante complejo y problemático. En ese espacio, actualmente ilegal, seguirá la contienda entre la medicina y la eutanasia, mientras la situación se define en el Congreso de la República y/o en la Corte Constitucional. En estas instancias continuarán los debates sobre una eventual ampliación del Modelo de la Muerte Digna que permita la inclusión de actuaciones adicionales.

Referencias

- Bacon Francis. Textos citados, referenciados en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Eutanasia>, consultado Julio 2015
- Baird Robert, *Eutanasia, los dilemas morales*. Barcelona: Martínez Roca, 1989
- Barreto Vaquero Dimitri. Reflexiones en torno a la eutanasia como problema de salud pública *Rev Cubana Salud Pública* v.30 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2004. scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000100010&script.
- Fernandacc. ClubEnsayos. <http://www.clubensayos.com/Acontecimientos-Sociales/Eutanasia/128737.html> 2012

- Frankl Victor, *El hombre en búsqueda de sentido; la voluntad de sentido; el hombre en búsqueda de sentido último*. Barcelona: Herder-Paidós, 1988.1998, 1999
- Keown John (Compilador). *La eutanasia examinada. Perspectivas éticas, clínicas y legales*. México: Fondo de Cultura Económica, 2004 p. 243-51
- Miret-Magdalena Enrique. Eutanasia, Filosofía y Religión. *Humanitas, Humanidades Médicas* – Volumen 1 – Número 1 – Enero-Marzo 2003 <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Numero1/Articulos/articulo11.pdf>
- Santoyo Téllez Saúl. Visión Histórica de la Eutanasia. En: Sánchez-Torres Fernando. *La Eutanasia*, Bogotá : Academia Nacional de Medicina, Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos, 1997
- Sentencia C-239/97. Corte Constitucional de Colombia: despenalización del homicidio por piedad en caso de enfermos terminales.
- Sentencia T-970/2014. Corte Constitucional de Colombia: orden a Min-Salud para directriz y protocolo de opción de muerte digna para enfermos terminales.
- Sgarbi Marco. ¿Por qué problemas en vez de conceptos?. En: *Palabras, conceptos, ideas. Estudios sobre historia conceptual*. Barcelona: Faustino Ospina-Herder, 2010 p.277-287
- Resolución 1216/2015. Ministerio de Salud y Protección Social. Directrices sobre Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad.
- Proyecto Situaciones Límite en Salud (SLS). Bogotá: editores Saúl Santoyo Téllez- Iván Armenta Gutiérrez, 2015 [www.http://slssalud.jimdo.com](http://slssalud.jimdo.com)