

EUTANASIA Y CUIDADOS PALIATIVOS: DILEMAS DE LA ÉTICA MÉDICA ACTUAL
EUTHANASIA AND PALLIATIVE CARE: DILEMMAS OF CURRENT MEDICAL ETHICS.

Dagoberto Serpa Díaz¹

Karen Patricia Pérez González²

Resumen

Este artículo reflexivo busca desde un análisis jurídico, reflexionar sobre los dilemas éticos que conlleva tratar la muerte digna desde la aplicación de la eutanasia y cuidados paliativos por parte del personal médico. El hecho de contemplar la muerte de alguna manera voluntaria, en primera medida contraría la labor del médico; en un contexto donde la tecnología y los avances científicos han hecho todo lo posible por mantener el funcionamiento del organismo bajo cualquier condición, tomando la vida como un valor absoluto. Sin embargo, la controversia que se pretende plantear es que, si bien el deber del médico es mantener vivos a su paciente, este tiene unos límites como lo son la dignidad humana, la no prolongación de un sufrimiento innecesario y asegurar el respeto por la autonomía de la voluntad en conexidad con el libre desarrollo de la personalidad.

Este dilema que se tratará desde la bioética, tratando de explicar dichas condiciones más allá de perspectivas políticas o religiosas, se basará en fuentes jurisprudenciales, legislativo, doctrinales y por supuesto médicos. El ejercicio médico se ha modificado a través de este problema y es por esto que se busca presentar un análisis pertinente que también plantee la necesidad de una nueva concepción del valor de la vida y de la regulación de la práctica del galeno.

Palabras claves

Eutanasia, muerte digna, cuidados paliativos, autonomía de la voluntad, bioética.

¹

²

Abstract

This reflective article seeks from a legal analysis, to reflect on the ethical dilemmas involved in treating dignified death from the application of euthanasia and palliative care by medical personnel. The fact of contemplating death in some voluntary way, in the first place, contradicts the work of the doctor; in a context where technology and scientific advances have done everything possible to maintain the functioning of the organism under any condition, taking life as an absolute value. However, the controversy that is intended to raise is that, while the duty of the doctor is to keep their patients alive, this has limits such as human dignity, the non-prolongation of unnecessary suffering and ensure respect for autonomy of the will in connection with the free development of the personality.

This dilemma that will be addressed from bioethics, trying to explain these conditions beyond political or religious perspectives, will be based on jurisprudential, legislative, doctrinal and of course medical sources. The medical exercise has been modified through this problem and this is why we seek to present a relevant analysis that also raises the need for a new conception of the value of life and the regulation of the physician's practice.

Keywords

Euthanasia, dignified death, palliative care, patient autonomy, bioethics.

Introducción

El ejercicio profesional del médico se debe basar en el cumplimiento las normas éticas, las cuales se encuentran consagradas en la Ley 23 de 1981. Sin embargo, como se observa por su fecha de expedición, esta disposición fue promulgada aproximadamente 37 años atrás, lo que trae como consecuencia directa la incapacidad de reflejar los avances tecnológicos y científicos de los que ha sido artífice el mundo de la medicina.

Conforme a lo anterior, se torna plausible afirmar que se ha generado un cambio en el contexto que se desarrollaba el ejercicio médico, lo que consecuentemente ha generado la existencia de nuevos dilemas éticos frente a los cuales la ley queda obsoleta, trayendo consigo la necesidad de un cambio que se adapte al contexto actual de la especie humana.

En consecuencia, se puede reconocer que en la actualidad existen tres principales dilemas éticos a los que se ve enfrentado el médico, que son: La muerte digna, los cuidados paliativos y el acto médico. Sin embargo, no se puede negar que estas categorías pueden variar en la geografía mundial de acuerdo a las costumbres, creencias religiosas, características demográficas, condiciones políticas y sociales de la población.

Por lo anterior, la pregunta a la cual se ve enfrentado este artículo de reflexión es: ¿Cuáles son los dilemas éticos a los que se ve enfrentado el personal médico en un contexto no solo científico, sino también jurídico frente a la muerte digna? Este cuestionamiento se hace esencial para el desarrollo del trabajo porque la práctica médica y el contexto actual han replanteado el concepto de muerte que se debate con el principio elemental de conservar la vida. La muerte ya es, aunque se paradójico, un derecho a ejercer para que la vida finalice desde el ejercicio de la voluntad y la autonomía. El médico no puede quedarse postrado frente a un debate que ya tiene visos a nivel jurisprudencial y doctrinal, de ahí la importancia de responder esta pregunta, para dar guía frente a cómo se debe asumir las prácticas como la eutanasia, los cuidados paliativos, los procedimientos que puedan o no alargar la vida artificialmente; todos estos puntos inmiscuyen el ejercicio de la medicina.

Para responder lo planteado se tratará de alcanzar tres objetivos específicos aplicados al contexto colombiano. El primero es analizar cómo se ha desarrollado la legislación frente a este tema, si existen normatividades y la aplicabilidad en estas para el ejercicio del personal médico. La segunda, se concreta en las decisiones de la distinta jurisprudencia existente en este caso, no solo de las cortes, también de los tribunales de ética médica, y por último plantear esos debates éticos que el desarrollo de la ciencia y el replanteamiento de valores que se creían universales, han traído al punto no solo ético, sino jurídico.

Vemos, que en este punto donde el deber del médico de buscar la salud de las personas y su bienestar físico, mental y social, se contrapone con la condición y voluntad del paciente; Se crea un conflicto para el médico tratante, cuya decisión no solo debe respetar los parámetros éticos de

la medicina, sino que debe ceñirse de igual manera a los dictámenes del ámbito jurídico, que, desde su esfera, consagran sanciones aplicables al caso. Por tal razón, a continuación, se realizará un análisis interdisciplinario de los nuevos dilemas éticos del médico, partiendo de la definición de los conceptos claves, siguiendo por la determinación del marco jurídico de la eutanasia y los cuidados paliativos, y así, por último, efectuando el análisis del panorama desde la perspectiva de la bioética actual. Tratando de contemplar todo lo planteado en los objetivos y teniendo como premisa base, que este trabajo surge de una realidad social inigualable y que ha traído distintas tensiones a nivel mundial, por lo que procedemos a tener un desarrollo analítico del tema.

Metodología

Este artículo es de corte jurídico con un enfoque cualitativo. Como un artículo de reflexión se guiará por un análisis del desarrollo de los distintos planteamientos que se generen a partir de la pregunta problema esbozada desde los dilemas éticos que surgen desde la práctica de la eutanasia y los cuidados paliativos por parte del médico. El enfoque cualitativo se hace pertinente porque se evalúa un fenómeno o situación que genera problemas desde la hipótesis inicial basados desde el planteamiento del concepto de muerte digna como una evaluación de la labor del galeno como guardia de vida y cómo esta consideración pone en perspectiva el valor de la vida como valor absoluto. Lo que se busca es la descripción y generación de argumentos que den una guía frente a la práctica médica en estos casos difíciles, indicado desde un proceso inductivo en donde exista una interacción de una información pertinente en el artículo y el investigador como promotor del proceso de análisis.

La información en este caso será recolectada desde una revisión bibliográfica en busca de unas fuentes secundarias. Para el caso concreto, se utilizará la jurisprudencia, doctrina y marco legal pertinente que den una respuesta a la pregunta problema.

Los procedimientos por utilizar consistirán en la organización a través de fichas bibliográficas, utilización de bases de datos y resúmenes.

1. Conceptos clave

Muerte

Dentro del contexto colombiano, el artículo 94 del Código Civil hace referencia a que “la existencia de las personas termina con la muerte”, sin embargo, esta disposición no efectúa una precisión

conceptual sobre el significado de la misma. Por lo anterior, se torna plausible remitirse al artículo 2 del decreto 1546 de 1998, el cual establece que “Es todo ser humano, cualquiera que sea su edad, sexo, estirpe o condición y su existencia termina cuando se produce la muerte encefálica y ha sido diagnosticada de acuerdo con el presente decreto”. (Subrayado fuera del texto). (Presidencia de la república, 1998).

De esta forma, se sostiene la idea de que la muerte encefálica se adopta como el parámetro necesario para determinar la muerte de un ser humano. Por su parte en el decreto 2493 de 2004, se define este concepto como aquel “hecho biológico que se produce en una persona cuando en forma irreversible se presenta en ella ausencia de las funciones del tallo encefálico, comprobadas por examen clínico”. (Ministerio de la protección social, 2004). Siguiendo esta línea, en el capítulo III se consagran los parámetros necesarios para el diagnóstico de la muerte encefálica diferenciando entre el aplicable para los mayores de 2 años, es decir niños y adultos; y para los niños menores de dos años.

Valga decir que, a nivel jurisprudencial, este concepto se ha ampliado valiéndose de los preceptos técnicos propios de estos casos, por lo que en la actualidad se entiende que el termino muerte cerebral, hace referencia al

Momento en que se presenta el daño irreversible de las partes del encéfalo que controlan, o de las cuales dependen, las funciones vitales en una persona, incluso cuando dichas funciones vitales – respiratoria o cardiaca- se siguen presentando en virtud de mecanismos artificiales. El estado de muerte cerebral es causado por el cese de funciones del encéfalo -ya sea a causa de daños en el cerebro, en el cerebelo o en el tallo cerebral, razón por la cual también es conocida como muerte encefálica. (Corte constitucional, 2014).

Muerte digna

La muerte digna puede ser definida como aquella que “Deseada por una persona en fase terminal, se produce asistida de todos los alivios y cuidados paliativos médicos adecuados, así como con todos los consuelos humanos posibles. De tal forma que la muerte digna es el hecho y el derecho a finalizar la vida voluntariamente sin sufrimiento, propio o ajeno, cuando la ciencia médica nada puede hacer para la curación de una enfermedad mortal.” (Álvarez, 2014)

Derecho a morir dignamente

Se puede partir el análisis de este derecho teniendo como eje central que el desarrollo del mismo se ha dado desde la perspectiva de las decisiones de la corte constitucional, por cuanto para el caso colombiano, este adolece de regulación normativa por parte del órgano legislativo.

De manera específica la Corte Constitucional Colombiana se pronunció sobre la materia desde una demanda de inconstitucional que acarreó como consecuencia la sentencia C 239 del 20 de mayo del año 1997, o también conocida “sentencia de despenalización de la eutanasia”.

En esta oportunidad, a pesar de que la norma demandada se declaró exequible, la Corte señaló que el homicidio por piedad y otros procedimientos clínicos como la distanasia, no pueden encuadrarse bajo la categoría delictual, siempre y cuando se sigan bajo condiciones específicas señaladas en la misma sentencia; Lo que además derivó en reconocer “que el derecho a morir dignamente tiene la categoría de fundamental” (Subrayado fuera del texto). (Corte constitucional, 1997).

De la misma forma en esta oportunidad la Corte constitucional extendió su labor al establecer la necesidad de regulación por parte del legislador, al instarlo en su parte resolutive a que consagrara legalmente los procedimientos, estructuras y criterios que permitieran la materialización del mismo.

Se tiene entonces que el derecho a morir dignamente es un derecho fundamental, que está compuesto por la dignidad humana y la autonomía individual. Frente a esto, en reiterada jurisprudencia de la corte constitucional como lo son las sentencias T-227 de 2003 y T-760 de 2008, se ha sostenido que “un derecho puede categorizarse como derecho fundamental siempre y cuando se encuentre cimentado en la base de la dignidad humana”. (Corte Constitucional, 2003).

Sin embargo, esta categoría no se agota en el hecho de mantener correlación con el derecho a la dignidad humana, sino que, este mismo debe “ser traducible en un derecho subjetivo” (Corte Constitucional, 2003), y además debe mediar un consenso a nivel dogmático y constitucional, de que el derecho del que se habla, detenta el carácter de humano o legislativo.

Por medio de la sentencia T-970 de 2014 se efectúa un recuento del desarrollo jurisprudencial de este derecho y se reconoce que morir dignamente

Se trata de un derecho fundamental complejo y autónomo que goza de todas las características y atributos de las demás garantías constitucionales de esa categoría. Es un derecho complejo pues depende de circunstancias muy particulares para constatarlo y autónomo en tanto su vulneración no es una medida de otros derechos. En todo caso, es claro que existe una relación estrecha con la dignidad, la autonomía y la vida, entre otros. (Corte constitucional, 2014).

En esta sentencia, además, la Corte constitucional

Ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social impartir una directriz para la conformación de los Comités Científicos interdisciplinarios, cuya función primordial no sería otra que la de garantizar la materialización del derecho a la muerte digna en pacientes que, durante la fase terminal, soliciten el amparo de este derecho, a través del procedimiento de muerte anticipada. (Ministerio de salud y protección social, 2018).

En consecuencia, de lo anterior, se expide la Resolución 1216 de 2015, en la cual se consagran los parámetros para materializar el derecho a morir dignamente, conforme a las pautas de la Corte Constitucional. A pesar de que en la actualidad el Congreso de la República no ha reglamentado la materia, el tratamiento que se le ha dado a estos casos se sigue de los parámetros consagrados en la mencionada resolución y del desarrollo jurisprudencial que se ha dado sobre la materia.

Eutanasia

Etimológicamente, el término eutanasia proviene del griego Eu (que significa bien) y Thnatos (que se refiere a la muerte), abarcando el concepto de buena muerte, muerte apacible o muerte sin sufrimiento.

En el diccionario de la RAE, se encuentra este concepto consiste en “causar o cooperar en la muerte de una persona, ante su solicitud libre y responsable, para poner fin a un sufrimiento insoportable, derivado de una enfermedad o estado de padecimiento grave”. (RAE, 2019).

Dentro del informe técnico “ethics o medicine and health” de la OMS, se establece que la definición de la eutanasia no es precisa, sino que puede variar entre un individuo y otro. Sin embargo, es posible hablar de un consenso aparente sobre el término, al asumirla como “el acto deliberado de poner fin a la vida, a petición propia o de algún familiar”. Según esta organización, los intérpretes en su mayoría restringen la conceptualización a una “Eutanasia Activa”, que se esgrime en 3 clases:

1. El homicidio de los sujetos que han expresado libre y competentemente, su deseo de morir.

2. El suicidio profesionalmente asistido
3. El homicidio intencional de bebés recién nacidos que tienen anomalías congénitas que pueden o no amenazar la vida, a menudo mediante la retención de alimentos. (World Health Organization, 1995).

Por su parte, el término eutanasia “pasiva” adopta un carácter inexacto y engañoso, por cuanto hace referencia a “las prácticas que, cuando son aplicadas correctamente a pacientes moribundos, son extensiones de buen cuidado médico y no son diferentes, en principio, de decisiones comparables en otros lugares de la medicina”. (World Health Organization, 1995).

Dentro de esta categoría se encuadran las siguientes:

1. El retiro de tratamiento que, se ha comprobado, no resulta ser beneficioso
2. No comenzar un tratamiento que se considera no beneficioso
3. La aplicación vigorosa del tratamiento que es necesario para el control de la angustia severa, generalmente dolor, aunque esto posiblemente acorte la vida.

Conforme a lo anterior, dado que estas decisiones pueden tomarse cerca a la etapa del final de la vida, la muerte puede darse pronto pero no en todo el caso, es decir, no queda abierta la posibilidad tanto que se de cómo que no. Por esto, algunas personas también han calificado estas prácticas mencionadas como eutanasia.

Cuidados paliativos

En el contexto colombiano, la ley 1733 de 2014 o Ley Consuelo Devis Saavedra, reglamenta lo concerniente a “los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida”(Congreso de la república, 2014).

Dentro de la disposición, su artículo 4 (cuarto), otorga una definición de lo que se entiende por el concepto de cuidados paliativos, de tal forma que los define como

Los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social, espiritual, psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. La atención paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. (Congreso de la república de Colombia, 2014).

En el párrafo de la misma disposición, consagra el deber de los médicos de utilizar todos los métodos y medicamentos disponibles para aliviar o curar la enfermedad, sin embargo, señala que, en caso de muerte cerebral, esta obligación se ve relevada siempre y cuando el paciente no sea apto para donar órganos.

La importancia de estos cuidados es la mejora en el bienestar de pacientes y su familia, además de su calidad de vida, por cuanto

Se enfrentan a enfermedades amenazantes que debilitan y provocan múltiples complicaciones biológicas, afectivas y socio familiares que generan una situación de sufrimiento, mitigando el dolor y otros síntomas, proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo. (OMS, 2019).

Sedación paliativa

Se puede entender la sedación paliativa como

La disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios. Puede ser continua o intermitente y su profundidad se gradúa buscando la el nivel de sedación mínimo que logre el alivio sintomático. La sedación paliativa en la agonía es la sedación paliativa que se utiliza cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar un sufrimiento intenso. En esta situación la sedación es continua y tan profunda como sea necesario para aliviar dicho sufrimiento. (OMC, SECPAL, 2011).

Voluntad anticipada

El documento de voluntad anticipada (DVA), se consagra como aquel documento en el

Toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades legales y mentales y como previsión de no poder tomar decisiones en el futuro, declara, de forma libre, consciente e informada su voluntad sobre las preferencias al final de la vida que sean relevantes para su marco de valores personales. (Ministerio de salud pública, 2019).

2. Marco jurídico de la eutanasia y los cuidados paliativos en Colombia

Normatividad

Es de general conocimiento que el desarrollo jurídico de la eutanasia y los cuidados paliativos en el contexto colombiano se ha dado en su mayoría por vía jurisprudencial puesto que, aun en la actualidad, es palpable el vacío normativo existente en la materia, por parte del legislador.

A pesar de lo anterior, a continuación, señalaremos las diferentes regulaciones que se han dado frente a esta temática, hasta la actualidad:

Ley 1733 de 2014 (Ley Consuelo Devis Saavedra).

En su artículo primero consagra que el objeto de la misma es regular el derecho de los individuos, que detentan un status específico como lo son las enfermedades terminales, a recibir los cuidados paliativos necesarios para optimizar su calidad de vida, logrando abarcar un tratamiento completo del dolor, conforme a los manuales de práctica clínica.

Además de lo anterior, consagra la posibilidad de que el paciente renuncie a la aplicación de tratamientos clínicos que se tornen obsoletos conforme a los parámetros de proporcionalidad, al no figurar como un óbice de dignidad para el paciente.

Tratamientos médicos innecesarios que no cumplan con los principios de proporcionalidad terapéutica y no representen una vida digna para el paciente, específicamente en casos en que haya diagnóstico de una enfermedad en estado terminal crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida. (Congreso de la república de Colombia, 2014).

Téngase en cuenta, además, que en el artículo 5 de esta disposición, se incluyó el concepto de los DVA o también conocidos como documentos de voluntad anticipada, como un derecho que garantiza la efectividad de la autonomía, personalidad, intimidad y el libre desarrollo de la personalidad del individuo, en concordancia con otras normativas que amparan y respetan la voluntad.

Resolución 1216 de 2015

Esta normativa se consagra con la finalidad de “*impartir las directrices para la conformación y funcionamiento de los Comités Científico-Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con*

Dignidad, conforme a los casos y en las condiciones definidas en las Sentencias C-239 de 1997 y T-970 de 2014". (Ministerio de salud y protección social, 2015).

En esta no solo se aclara quienes se consideran enfermos terminales, sus garantías y derechos fundamentales, sino que también se precisa el procedimiento para la estructuración de los comités, con sus correspondientes funciones, limitaciones y ejercicio del derecho de objeción de conciencia. A su vez, desde el artículo 15 se señala el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad, estableciendo el trámite correspondiente y la capacidad de desistimiento del mismo. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Resolución 2665 de 2018

Esta disposición se consagra con el objeto de

Estructurar lo concerniente a declaración de la voluntad mediante Documento de Voluntad Anticipada (DVA) de todo individuo en el goce de sus capacidades mentales y facultades legales, con amplio conocimiento de las consecuencias de dicha declaración, para no ser sometido a procedimientos clínicos que extiendan su vida de forma innecesaria. En aras de salvaguardar la dignidad de la persona y el cumplimiento de su voluntad. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Resolución 825 de 2018

El artículo primero de la esta resolución señala que tiene por objeto

regular el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes, en cumplimiento de lo ordenado en la Sentencia T-544 de 2017 proferida por la Corte Constitucional y teniendo en cuenta el interés superior del menor. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

En el artículo tercero, se ilustran cuáles son los sujetos de exclusión del procedimiento eutanásico, como lo son los recién nacidos, la primera infancia, entre otros.

Además de lo anterior, en su artículo cuarto hace referencia a los cuidados paliativos pediátricos, señalando que

El cuidado paliativo para los niños, niñas y adolescentes es el enfoque de atención hacia el cuidado activo y total, desde el diagnóstico o del reconocimiento de su necesidad, a través de la vida y el

proceso de muerte. Ampara la atención de los elementos físicos, psicológicos, emocionales, sociales y espirituales. Se enfoca especialmente en mejorar la calidad de vida del niño, niña o adolescente y en apoyar a su familia durante el proceso de enfermedad y posterior a la muerte del niño, niña o adolescente. El cuidado activo y total incluye el manejo de síntomas angustiantes, la provisión de descansos cortos durante los tratamientos, la readecuación del esfuerzo terapéutico y los cuidados durante el proceso de muerte y el duelo. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Proyectos de reformas legislativas

En este acápite se hará un breve recuento de las respuestas normativas a los requerimientos regulativos realizados por la Corte Constitucional.

- Proyecto de Ley Número 093 de 1998 (Senado) “Por medio del cual se establece el derecho a morir dignamente”.
- Proyecto de Ley Número 029 de 2006 (Senado) “Mediante la cual se reglamenta el Derecho de los Enfermos Terminales a desistir de Medios Terapéuticos y se prohíbe el Enseñamiento Terapéutico”.
- Proyecto de Ley Estatutaria Número 100 de 2006 “Por la cual se reglamentan las prácticas de la Eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia y se dictan otras disposiciones”.
- Proyecto de Ley Estatutaria Número 005 de 2007 (Senado) “Por la cual se reglamentan las prácticas de la eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia y se dictan otras disposiciones”.
- Proyecto de Ley Estatutaria Número 070 de 2012 (Senado) “Por la cual se reglamentan las prácticas de la Eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia y se dictan otras disposiciones”.
- Proyecto de Ley 2018 “Por la cual se reglamentan las prácticas de la Eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia y se dictan otras disposiciones. [Eutanasia]”

A pesar de que se puede afirmar que el Congreso de la república no ha sido completamente inactivo en la reglamentación de esta temática, la realidad es que, a más de 20 años del exhorto realizado por la Corte Constitucional, es objeto de crítica que en la actualidad no

se tenga dentro de nuestro sistema jurídico una normativa de carácter constitucional, que regule este derecho.

Aunque las causas no parecen claras, se puede afirmar que el principal obstáculo está constituido por

Los estamentos morales y religiosos, que a pesar de la secularidad profesada por el Estado Colombiano, continúan permeando su estructura, restringiendo al individuo la posibilidad de hacer efectivos plenamente su derecho a la autonomía, libertad y libre desarrollo de la personalidad, disponiendo de los bienes jurídicos que le son propios. (Ortega Díaz, J, 2015).

3. Desarrollo jurisprudencial de la eutanasia y los cuidados paliativos.

La sentencia hito, que trató el tema de la eutanasia, los cuidados paliativos y las distintas precisiones conceptuales sobre el tema de la muerte digna fue la sentencia C- 239 de 1997. En un contexto de una nueva constitución, como lo es la del 91', se presentó la demanda de inconstitucionalidad del artículo 326 del código penal - el cual contemplaba el tipo penal de homicidio por piedad- porque según el actor, con este artículo el Estado violaba su deber de protección de la vida como derecho absoluto y fundador de nuestro ordenamiento jurídico. Sin embargo y para sorpresa de la gran mayoría, esta demanda dio la oportunidad para analizar la vida desde el cuestionamiento de ser un derecho absoluto, y balancearlo con la dignidad humana y conexamente con una muerte digna en situaciones de intenso sufrimiento.

En esta dinámica la corte, con ponencia de Carlos Gaviria (1997) expresa que el derecho a la vida no puede reducirse a la mera subsistencia, sino que implica vivir adecuadamente en condiciones de dignidad. De ahí, que la vida no tenga un carácter absoluto, debido a que su valor y protección debe sopesarse con la dignidad y libertad individual; porque

el derecho fundamental a vivir en forma digna implica entonces el derecho a morir dignamente, pues condenar a una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones, equivale no sólo a un trato cruel e inhumano, prohibido por la Carta (CP art.12), sino a una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral. La persona quedaría reducida a un instrumento para la preservación de la vida como valor abstracto.

Esta sentencia, en condiciones concretas establece el paso para que el personal médico pueda ejercer prácticas que permitan garantizar una muerte digna basado en tres condiciones específicas:

que se trate de una persona enferma en fase terminal, que exprese un intenso sufrimiento y dolor, y además que la solicitud de estas prácticas provenga de una voluntad libre y en pleno de sus facultades.

Estas consideraciones de la corte, vienen acompañadas de la necesidad de control, expresada de la siguiente manera:

Es necesario que se establezcan regulaciones legales muy estrictas sobre la manera como debe prestarse el consentimiento y la ayuda a morir, para evitar que en nombre del homicidio pietístico, consentido, se elimine a personas que quieren seguir viviendo, o que no sufren de intensos dolores producto de enfermedad terminal (cuidados paliativos).

Hasta el año 2003 la Corte Constitucional en sentencia T-560 le da a una persona su derecho y el reconocimiento a cuidados paliativos por tratarse de alguien de la tercera edad, que padecía una enfermedad catastrófica (cáncer) y a quien se le negaron los cuidados paliativos prescritos por el médico tratante.

Con la Sentencia T-514 de 2006, se reiteró en lo expuesto en la Sentencia T-560, y se acercó más lo que hoy se conoce como cuidados paliativos, porque dejó en jurisprudencia que el Estado debe ofrecer a los enfermos terminales que enfrentan intensos sufrimientos, todas las posibilidades para que sigan tratamientos paliativos del dolor, que permitan aliviar su padecimiento.

Hasta ahora, en lo analizados la jurisprudencia gira alrededor del paciente y manejo del dolor, pero ante un caso excepcional la Corte dio el punto de partida para entrar a considerar que no solo los medicamentos para el dolor podrían ser empleados para cuidados paliativos.

Como bien lo señalan los médicos tratantes del accionante, el medicamento solicitado es un paliativo, que no va a salvar la vida del accionante, puesto que no existe una cura diferente a la ya desestimada por el accionante para la patología que padece.

La Corte con jurisprudencias posterior continuó ampliando las opciones que deben ofrecer a los pacientes para cuidados paliativos, los cuales pueden incluir hasta procedimiento quirúrgicos. (Corte Constitucional, Sentencia T-971, 2011)

Pero hasta este punto, aún la jurisprudencia distaba del concepto actual de cuidados paliativos, principalmente porque no se incluía a la familia como objeto de recibir esta atención y además no

se ordenaba la integralidad de la misma y que tuviese en cuenta los aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales del paciente y familia.

En un lapso de diez y siete años después, la corte constitucional desde una acción de tutela, profiere la sentencia T-970 de 2014, en la que se evalúa el caso concreto de un paciente que padecía de cáncer en fase terminal, al cual se le había negado el derecho a morir dignamente. En esta sentencia, que no es más que la aplicación y el descubrimiento de los vacíos legales de lo dicho en 1997, reafirma el derecho a morir dignamente como un derecho fundamental y lo amplía diciendo que, pese a que la misma constitución en su artículo 11, considera el derecho a la vida como inviolable, este se debe desligar de la interpretación absolutista que esto encierra, a razón de que la vida no es la mera subsistencia; al contrario, se refiere a que todas las condiciones y circunstancias que permean la existencia deben suponer la realización y ejercicio de todos los derechos. . Situación que no se garantiza si existe un padecimiento que impide lo anterior. Con esto, dice la corte que:

Por consiguiente, visto desde ese punto de vista, nadie puede ser obligado o no parece lógico que el estado imponga a una persona la obligación de vivir o sobrellevar unas cargas excesivas que lo que generan es la anulación o des personificación de la persona en si misma considerada, de ahí que los derechos de autonomía individual o personal. (Corte constitucional, sentencia T-970-2014)

Por el razonamiento anterior, la corte tuteló el derecho a morir dignamente de quien interpuso la tutela y además precisó que efectivamente no se está dando una aplicación a lo dicho anteriormente, puesto que las entidades no están respondiendo a garantizar este derecho y no existe un procedimiento claro para estos casos, de ahí que su parte resolutive también implicó exhortar al ministerio de salud y protección social para que estableciera una guía, tanto para los proveedores de servicios de salud como a los pacientes para que sepan cuál debe ser el proceder ante estas situaciones.

En el 2017, se dio una reactivación al tema de la eutanasia y los cuidados paliativos en el entorno de muerte digna. La primera, la sentencia T- 423 que revisó los fallos de tutela que decidieron la acción formulada por una madre, en representación de su hija -mayor de edad- en la que solicita la protección al derecho de morir dignamente con las facilidades necesarias. Aunque se debe aclarar que, para el momento del fallo, la paciente había muerto, se hizo importante presentar una posición para establecer si se dio una vulneración de derechos fundamentales.

En el análisis del caso concreto, la corte determinó que efectivamente la paciente había sufrido largos sufrimientos dados por las trabas administrativas, lo que contrarió su voluntad a morir dignamente en las condiciones deseadas por ella y su familia. La sala además analizó que si bien, la resolución 1216 de 2015 fue un avance valioso existen falencias que deben ser subsanadas por el ente rector de la política pública en materia de salud, con el fin de evitar que las normas queden simplemente escritas. Destacando la existencia de una falta de claridad en el procedimiento, sobre todo cuando no hay una infraestructura para garantizarlo. De otra parte, le ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social que, en el término de 30 días, inicie las gestiones pertinentes para: (i) adoptar las medidas necesarias para garantizar el efectivo cumplimiento y la correcta implementación de la Resolución 1216 de 2015, iniciando por la creación de un mecanismo eficaz mediante el cual tenga conocimiento de todos los casos de muerte digna desde el momento en que el paciente lo solicite; y (ii) gestionar lo necesario para que todas las E.P.S. e I.P.S. del país emitan una carta de derechos para los pacientes en las que se ponga en conocimiento público de los usuarios del sistema de salud sus derechos y deberes en lo concerniente al derecho fundamental a morir dignamente.

Otra sentencia proferida el mismo año, fue la T- 544 con un nuevo ingrediente para el tema de muerte digna y es el hecho de que el sujeto sea un menor de edad. El caso se trata de un niño que padecía diferentes enfermedades, las cuales le ocasionaban excesivos sufrimientos, ante esta situación se presentó una solicitud para que el menor pudiera morir con dignidad. Solicitud que no fue respondida y posteriormente negada. Ante esto, en instancia de revisión el corte precisó que:

(...) los niños tienen derecho a no ser diferenciados de manera irrazonable para el reconocimiento y efectividad de sus derechos, además todas las personas y autoridades deben garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus derechos que son universales, prevalentes e interdependientes (art. 8 Código de Infancia y Adolescencia). La aplicación práctica de estos fundamentos se proyecta en los deberes de los jueces, entre los que se encuentran asegurar las condiciones necesarias para el ejercicio pleno de los derechos de los NNA y garantizar su protección frente a riesgos prohibidos; en suma, al adoptar la decisión se debe apelar al principio de primacía de su interés superior.” (Corte constitucional, sentencia T-544 de 2015)

Por último, la sentencia T-721 da una ampliación a lo que se conoce como eutanasia y establece que el derecho fundamental a morir con dignidad tiene múltiples dimensiones. La muerte anticipada o “eutanasia”, se trata de facultades que permiten a una persona ejercer autonomía sobre su vida, su muerte y los límites que puede interponer a terceros respecto a las decisiones que pueden tomar sobre los cuidados a su salud.

Las dimensiones que se pueden ver son las siguientes: Procedimiento eutanásico, Limitación del esfuerzo terapéutico o readecuación de las medidas asistenciales, Cuidados paliativos.

4. Eutanasia y cuidados paliativos desde la perspectiva de los tribunales de ética médica

Dentro del marco del “proyecto de reforma al Código de Ética Médica, en su versión de agosto de 2010” (Tribunal de ética médica, 2010); Se consagra el artículo 95 como una disposición relevante en materia de eutanasia y cuidados paliativos.

Como bien es sabido, en la ley 23 de 1981 o también conocido como Código de ética médica, no se consagra referencia alguna sobre el derecho a morir dignamente, pues es solo hasta 1997 cuando existe una “despenalización” de esta práctica. Sin embargo, en el proyecto mencionado, se consagra de forma explícita como una falta contra la vida “Artículo 95. Practicar la Eutanasia en casos no permitidos por la Ley y las sentencias vinculantes de la Corte Constitucional”. (Congreso de la república, 1981).

De esta forma, se torna plausible decir que existe una habilitación normativa a la práctica de la eutanasia, siempre y cuando, se ejecute con observancia a lo dictaminado en la legislación y la jurisprudencia expedida por la suprema corte.

Entrando en materia específica de los tribunales, cabe resaltar que, en torno a la eutanasia y cuidados paliativos, destaca el contenido de la reunión de tribunales de noviembre de 2015. En las memorias de este evento, destacan diferentes conceptos emitidos por los participantes, donde se exhibe la materialización fáctica de la eutanasia, es decir, el traspaso de este debate de la rama jurídica a la visión netamente médica.

Se abre el encuentro con la intervención de Germán Gamarra Hernández MD, M Sc., magistrado del TNEM, el cual hace referencia a la eutanasia dada su relevancia en los diferentes escenarios de discusión ética, política y religiosa de la época. Frente a esto reconoce que, a pesar de los avances

dados en la materia, por parte del magistrado Carlos Gaviria Diaz, con la Resolución 1216 del 20 de abril de 2015 se convierte un acto supremamente íntimo e individual del paciente como lo es la eutanasia, en un acto público que involucra a terceros como lo son los comités, las mismas IPS y autoridades en materia de salud.

Además de lo anterior, el magistrado hace referencia a que

Los médicos tenemos la obligación de preservar la vida, pero debemos entender que, ante las circunstancias de una muerte inevitable, es necesario poner todo nuestro conocimiento en favor de una muerte digna. No es inusual que con el ánimo de preservar la vida y respondiendo a una formación orientada a luchar contra la muerte, los médicos implementamos medidas exageradas reconocidas mejor como distanasia o “encarnizamiento terapéutico”, que a la larga lo único que logran es prolongar la agonía y el sufrimiento. La muerte no es más que la última etapa de la vida y como todo en la vida, lo importante es hacerla bien. (Tribunal nacional de ética médica, 2015).

Por su parte el Magistrado, Fernando Guzmán Mora, presentó la ponencia denominada “eutanasia: algunas reflexiones éticas, jurídicas y filosóficas”. Durante su explicación, el magistrado señala la importancia de entender el concepto de muerte, por cuanto es a partir de este criterio que se puede sostener la viabilidad de la eutanasia.

De esta forma sostiene que

Si bien deben observarse con dicho ser todas las consideraciones que merece un paciente crítico en el sentido de mantenerlo confortable y sostenerlo en sus funciones biológicas primarias, no debe olvidarse que su tiempo está definitivamente “contado” y sus posibilidades futuras se reducen a cero. (Tribunal nacional de ética médica, 2015).

Por consiguiente, a pesar de que reconoce que no se puede definir la muerte de manera matemáticamente exacta, se tiene que la pérdida irremediable del cerebro humano se consagra como el punto de no retorno, o de vuelta atrás, por cuanto se establece como

El límite médico que separa al vivo del muerto y el momento biológico en el que cualquier tratamiento solamente servirá para prolongar una agonía innecesaria y la extensión variable de un dolor familiar que no tiene justificación de ninguna clase. (Subrayado fuera del texto). (Tribunal nacional de ética médica, 2015).

5. Dilemas bioéticos de la eutanasia y los cuidados paliativos.

El tema de determinar la prolongación de la vida o, por el contrario, la búsqueda por una muerte pronta en condiciones extremas, es un asunto complejo para el personal médico, sobre todo cuando la actualidad muestra que el desarrollo tecnológico y científico ha hecho lo posible por mantener la vida sin importar las condiciones que se padezca, siempre y cuando se asegure la respiración.

Sin embargo, en casos de enfermedades terminales o padecimientos de profundo dolor el paciente, sus familiares o su círculo cercano optan por suspender tratamientos o acelerar el proceso de morir para que se garantice su dignidad. Ante estos razonamientos el médico se ve enfrentado a su labor de conservar la vida dado en juramento hipocrático y el principio de no maleficencia en el que se dispone no causar daños, sufrimientos y mucho menos la muerte a un paciente, en contraposición al deseo de un paciente que busca morir de la forma menos dolorosa e innecesaria.

Gutiérrez (2001) nos dice que uno de los momentos más complejos del médico es cuando se debe decidir sobre el procedimiento terapéutico o diagnóstico para los enfermos moribundos, porque es una situación compleja entender toda la gama de complicaciones que puede tener su accionar, debido a que, así como se hace un análisis del procedimiento médico como tal, también se inmiscuye el desarrollo tecnológico que puede controvertir muchas de las decisiones de la capacidad humana. Puede que el paciente no tenga posibilidades de vivir, pero se le pueden implantar mecanismos para que pueda seguir respirando y en un sentido literal “con vida”. Estos vertiginosos encuentros, retan al médico para comprender y adiestrar el uso de la tecnología desde sus bases éticas y derechos constitucionales; porque no es solo alargar la vida, es escucha la voluntad de la ley, del paciente, del comité de biótica del hospital.

Para continuar con los distintos dilemas éticos a los cuales se ve enfrentado el médico, se vislumbrarán distintas situaciones que ponen la bioética en el plano de reflexión sobre las decisiones que se deben tomar más allá de ideologías o doctrinas religiosas.

La primera situación que se presenta, es la aplicación de cuidados paliativos que no son más que medidas que reafirman la vida y consideran el proceso de morir como algo natural; no se busca ni acelerar ni posponer la muerte, el objetivo es darle un sistema de apoyo al paciente para que pueda

vivir lo más activamente hasta el momento de su muerte. Para la aplicación de cuidados paliativos que son numerosos y además pueden no tener un límite preciso, se presenta el dilema de saber, cuándo ya no es posible la aplicación de un procedimiento que lo único que está haciendo es prolongar un sufrimiento innecesario.

Otra de las situaciones que trata de responder la bioética es analizar qué debe hacer el médico cuando un paciente solicita la suspensión de tratamientos. Esta es una situación que pone en la mesa, la situación del galeno de no realizar su labor natural que es la de preservar la vida, no obstante, esto no puede ser tomado desde un absoluto porque, así como existe el principio de no mal eficiencia, también está el respeto por la autonomía del enfermo. Ante lo cual, el médico debe respetar la voluntad del paciente y adecuar su labor no a salvar la vida que desde una perspectiva no ve posibilidades de ser salvada sino de informar sobre las consecuencias de una decisión. Pueden existir casos donde probablemente no exista una decisión de voluntad clara, situación en la que el médico sí puede determinar la decisión desde el análisis basado en el tipo de enfermedad, el estado de avance, la edad y la posibilidad de aplicar o no medicina paliativa.

Gutiérrez (2001) da una precisión de los dilemas bioéticos que se pueden presentar en el tema de la muerte digna y el ejercicio del médico. La primera tiene directa relación con los avances tecnológicos y científicos superan una regulación legal y ética – es decir- procedimientos que desde diferentes perspectivas no toman en cuenta la afectación que pueden ocasionarle al paciente a nivel emocional, físico o psíquico, son en mayor medida medidas inseguras, invasoras que implican un riesgo para el paciente detrás del objetivo de mantenerlo con vida, como lo son la respiración artificial, procesos de entubamiento o intervenciones quirúrgicas que probablemente no garantizan una calidad de vida sino un concepto material y plano de subsistencia. Según el propio autor, son medidas desproporcionadas cuyo beneficio real es poco probable.

Otro debate que se pone en contexto son las medidas eutanásicas que pueden ser de dos formas: activa y pasiva. La activa es donde el médico tiene un papel principal en el que realiza acciones para acelerar la muerte del paciente que está padeciendo de extremos sufrimientos, los cuales terminaran en su muerte, y la pasiva es aquella en la que se dejan de realizar acciones que puedan prolongar la vida de manera innecesaria; esto no significa que se abandona al paciente, lo que

quiere decir es que el médico y el personal de salud en general garantizarán condiciones de dignidad pero sin ejercer acciones que prolonguen la vida a través de procedimiento no permitidos.

En un aspecto más delicado y que tal vez presenta las posiciones más reticentes tanto en la labor del médico como en el plano de desarrollo legal de distintos países, es el suicidio asistido donde el personal de salud no ejercer un papel activo; es el paciente quien ejerce acciones para morir bajo supervisión, coadyuvancia o ayuda de ellos. Esto implica un dilema respecto a ayudar a morir y darle las herramientas a los pacientes para que cumpla su objetivo donde el papel del personal médico es efectivamente cumplir la labor de ayudar a morir.

Los dilemas bioéticos de las situaciones presentadas ponen en encrucijada desde el desarrollo tecnológico de la actualidad que busca asegurar la vida bajo todas las condiciones, alejadas un poco de los conceptos de calidad de vida o el funcionamiento del sujeto desde su dimensión física, mental y social; la labor del médico de garantizar la vida y las situación paralela de asegurar una vida más allá de lo biológico frente a asegurar una muerte digna que también corresponde un derecho fundamental del paciente, pues la labor del médico en ponderación con los principios que guían su actividad no es alargar la vida como una forma de tortura sino asegurar que se agoten las medidas que respeten la dignidad humana.

Es de lo anterior que lo más importante para tratar de entender estos debates es concebir el derecho a morir dignamente, inalienable del derecho a tener una vida digna. Esto no se refiere al hecho estricto de morir sino a la forma en cómo se muere y se concibe ese momento, lo que expresa una exigencia ética por parte de la sociedad y específicamente en este caso, del personal médico. Esta concepción de muerte digna constituye una obligación del galeno, porque lo que se espera es que estos apliquen sus capacidades para aliviar todo sufrimiento y comprender en esa encrucijada las razones por las cuales un paciente puede solicitar la eutanasia o las posibilidades de medidas paliativas.

Aquí se han puesto en el tapete diferentes debates en la prácticamente que claramente no tendrán una respuesta en este documento, empero sí se puede decir que, bajo este escenario, el medico a nuestra consideración debe interpretar el derecho a la vida desde los elementos que ha dado la corte

constitución, es decir, desde la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad. Si bien, no hay nada que nos diga que hay un derecho a finalizar con nuestra vida -morir-, sí existe la libertad y la autonomía, los cuales son imperativos precisamente para ejercer el derecho a vivir dignamente. No es menos cierto que existe el dilema sobre hasta dónde puede o no ponerse en marcha ese derecho a la autonomía, pero esto no es un asunto médico, es un asunto de la persona y la posibilidad fáctica que tiene, en el pleno de sus facultades.

5. Conclusiones

La muerte es un proceso natural que todos afrontamos en algún momento de nuestras vidas, es un proceso inevitable que, así como la vida en su desarrollo debe tener garantías. Hoy, tanto la ciencia como el personal médico no puede afrontar la vida como el valor absoluto de vivir, de respirar sin aportar un desarrollo o una estabilidad emocional y física a quien padece una enfermedad terminal o un intenso dolor que terminara en un deceso. Si bien, el personal de salud busca salvar vidas no puede irrumpir en la dignidad del ser humano, es por eso que el concepto de morir dignamente debe ser evaluado en cada caso concreto. La práctica de la eutanasia o la medicina paliativa no pueden tomarse sin un examen ético de lo más pertinente para el paciente. Por un lado, la eutanasia busca acelerar una muerte respetando la voluntad y la autonomía de quien así lo decide, mientras que los cuidados paliativos buscan esperar la muerte sin el dolor que incurre o que produce la enfermedad. En estas situaciones tanto la jurisprudencia como la doctrina ha dicho que el medico debe asegurar las garantías de buen trato para que la forma en la que se muera, aunque suene paradójico, respete los derechos de las personas.

Colombia es un país que ha aceptado el derecho de morir dignamente de una mera amplia; sin embargo, esa aceptación jurisprudencial y a medias legislativa, no ha aportado lo suficiente para que el análisis ético de la practica medica pueda generar un proceso que no retarde y, menos cause sufrimiento y detrimento a la persona que espera morir según su libre desarrollo de la personalidad.

Lo anterior desde un plano jurídico y humanístico desde la libertad y el respeto por la dignidad humana, sin embargo, los principios de la práctica médica, uno de ellos y el que más se ve involucrado en este tema, el principio de no maleficencia, hace que se induzcan a un distinto análisis sobre si está bien o no incurrir en prácticas como la sedación, la eutanasia, cuidados

paliativos, la inducción al suicidio. El principal motor del ejercicio del galeno, es preservar la vida por lo que consecuentemente plantea las siguientes cuestiones: ¿se puede decir que la muerte es un daño que se le hace al paciente? ¿ayudarlo a morir representa una contrariedad a la labor del médico? Esas cuestiones son las principales dificultades de un avance normativo y jurisprudencial, porque se entiende la muerte como el final de la vida humana, el cual no se puede permitir en ninguna condición, y en parte esa es la enseñanza del profesional de salud; no obstante, la vida digna implica algo más allá de pretender preservar un valor absoluto que como la realidad social ha hecho ver, tiene matices.

A nuestro entender y después de hacer un amplio análisis jurisprudencial, doctrinal, nos damos cuenta que hay tres situaciones que generan controversia para la práctica médica: los cuidados paliativos, la muerte digna y el acto médico. Sabemos que la practica medica no solo es el mismo ejercicio de velar por los demás seres humanos y garantizar condiciones para su vida; esta práctica tiene consecuencias en el ámbito jurídico, porque el incumplimiento de su deber implica sanciones, y paralelamente mucho de lo que se es permitido dentro de la práctica es asegurado solo si está dentro del plano de la legalidad.

En un punto no se tiene seguridad del accionar, si no hay unas directrices claras sobre cómo proceder, es ahí uno de los grandes inconvenientes de ejercer en el plano médico, la garantía de la muerte digna, porque si bien vimos dentro del médico hay un dilema ético, pero en el ámbito legal, hay una inseguridad jurídica que tiene unas consecuencias para el ejercicio del galeno. Como pudimos observar en el desarrollo del artículo, existe un marcado desarrollo jurisprudencial que ha asegurado el derecho a la muerte digna, en el entendido que la vida no es un valor absoluto, que asegurar la supervivencia no puede ser al costo del sufrimiento de quien padece una enfermedad, sin embargo y con el desarrollo legislativo, no hay claridad sobre el accionar del tema más concreto como la eutanasia; hay unos avances, eso no puede ser negado pero la cuestión que surge es que algo debe pasar para que ese desarrollo legislativo no sea efectivo y eficiente, al momento de tratar de acceder al derecho a morir dignamente, el carácter burocrático del proceso no ayuda y el dilema ético que atraviesa el medico comprende dimensiones que hace mucho más difícil acceder al procedimiento.

Creemos que aunados a este tema que el congreso, el ministerio de salud y protección social y las autoridades correspondientes deben abrir un espectro de regulación que sea entendible para evitar

los debates internos del personal médico, además de involucrarse un tópico que está ligado a los dilemas que trae el ejercicio a la muerte digna y es el tipo penal de “inducción o ayuda al suicidio”, ¿Cómo diferenciamos esto, del deber del médico de asegurar lo que la jurisprudencia ha llamado la muerte digna? Este cuestionamiento se hace claro, en el contexto de que la persona se encuentre en sufrimientos insoportables o gran dolor. Es ahí donde también se encuentran condicionalidades para la práctica médica, que, pese a posiblemente no cumplir los requisitos para la práctica de la eutanasia, puede que existan condiciones que afecten de manera determinante la calidad de vida de una persona ¿no es esto también asegurar una muerte digna, la cual es un derecho?

Este tema, involucra no solo un dilema ético, sino unos cuestionamientos jurídicos que deben ser atendidos para que los cuestionamientos que se haga el medico desde los principios éticos puedan tener una guía bajo los parámetros jurídicos.

Lo que aquí se pretendió fue visualizar el concepto de morir dignamente como el argumento de peso no solo para motivar la reflexión en el personal médico, también para generar alerta sobre la necesidad de una regulación que complemente el marco jurídico ya dado a lo largo de los años que como recalcamos no ha sido suficiente para darle seguridad al personal médico, ni para un acceso oportuno y que garantice el derecho de los pacientes. Quedan como lo aducimos aquí, muchos cuestionamientos sobre este tema, sobre todo porque la ciencia avanza y muchas veces los debates humanísticos no están al nivel de poder seguir su ritmo, sin embargo, esto es un llamado a la actualización y repensar el derecho a la muerte digna desde un debate ético que debe redefinir muchos de los dogmas de la formación médica.

Bibliografía

- Congreso de la república de Colombia. (31 mayo de 1873) Código civil [Ley 84] DO: 2.867.
- Presidencia de la Republica de Colombia (4 agosto de 1998) Por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 9ª de 1979, y 73 de 1988, en cuanto a la obtención, donación, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de componentes anatómicos y los procedimientos para trasplante de los mismos en seres humanos, y se adoptan las condiciones mínimas para el funcionamiento de las Unidades de Biomedicina Reproductiva, Centros o similares. [Decreto 1546] DO: 43.357.
- Ministerio de la protección social. (5 agosto de 2004) Por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 9ª de 1979 y 73 de 1988, en relación con los componentes anatómicos. [Decreto 2493] DO: 45.631.
- Congreso de la república de Colombia. (8 septiembre de 2014) Ley Consuelo Devis Saavedra. [ley 1733]. DO: 49.286
- Ministerio de Salud y Protección Social. (20 abril de 2015) Se da cumplimiento a la orden cuarta de la Sentencia T-970 de 2014 de la honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad. [resolución 1216]. DO: 49.489
- Ministerio de salud y protección social. (25 junio de 2018) Se reglamenta parcialmente la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el documento de voluntad anticipada. [Resolución 2665]
- Ministerio de salud y protección social. (9 marzo de 2018) Por medio de la cual se reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los Niños, Niñas y Adolescentes. [Resolución 825] DO: 50.530.
- Corte Constitucional (20 de mayo de 1997) Sentencia C- 239 [M.P: Carlos Gaviria].
- Corte Constitucional (17 de marzo de 2003) Sentencia T- 227 [M.P: Eduardo Montealegre]
- Corte Constitucional (31 de julio de 2008) Sentencia T-760 [M.P: Manuel Cepeda]
- Corte Constitucional (15 de diciembre de 2014) Sentencia T-970 [M.P: Luis Vargas]
- Corte Constitucional (11 de julio de 2003) Sentencia T- 560 [M.P: Jaime Córdoba]
- Corte Constitucional (6 de julio de 2006) Sentencia T-514 [M.P: Álvaro Tafur]
- Corte Constitucional (16 de diciembre de 2011) Sentencia T-976 [M.P: Mauricio González]

- Corte Constitucional (4 de julio de 2017) Sentencia T-423 [M.P: Iban Escruceria]
- Corte Constitucional (25 de agosto de 2017) Sentencia T-544 [M.P: Gloria Ortiz]
- Corte Constitucional (12 de diciembre de 2017) Sentencia T-721 [M.P: Antonio Lizarazo]
- Creagh, M. (2012) Dilema ético de la eutanasia. Revista cubana de salud pública. 38 (1). Pp. 150-155. Recuperado de: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v38n1/spu14112.pdf
- Gutiérrez, C. (2001) La bioética ante la muerte. Gaceta medica de México. Vol. 137 (3). Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2001/gm013m.pdf>
- Soberón, G. & Feinholz, D. (2008). Muerte digna: una oportunidad real. Comisión nacional de bioética. México. Recuperado de: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/publicaciones/memorias/muertedigna.pdf>
- Comisión Autónoma de Ética e Investigación Sanitaria (2008). Ética y muerte digna. Andalucía. Recuperado de: <http://www.salvadorpostigo.com/ley41/archivos/libro%20etica%20y%20muerte%20digna.pdf>
- Lorda, S. et al. (2008) Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. Rev. Calidad Asistencial. 2008;23(6):271-85. Recuperado de: <file:///C:/Users/Downloads/13128649.pdf>
- Organización médica colegial (OMC), Sociedad española de cuidados paliativos (SECPAL) (2011). Guía de sedación paliativa. Recuperado de: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sedacion_paliativa.pdf
- Definición de eutanasia - Diccionario del español jurídico - RAE. (2019). Recuperado de: <https://dej.rae.es/lema/eutanasia>
- World Health Organization (1995). Technical paper: ethics of medicine and health. Recuperado de: http://applications.emro.who.int/docs/em_rc42_7_en.pdf
- OMS (2019). Cuidados paliativos. Recuperado de: <https://www.who.int/cancer/palliative/es/>
- Ortega Díaz, J. (2015). Eutanasia: de delito a derecho humano fundamental. Recuperado de: <https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/9303/EUTANASIA%20DE%20>

[DELITO%20A%20DERECHO%20HUMANO%20FUNDAMENTAL.%20UN%20AN%
C3%81LISIS%20DE%20LA%20VIDA%20A%20PARTIR%20DE%20LOS%20PRINCI
PIOS%20FUNDAMENTALES%20DE%20LA%20LIBERTAD%2C%20AUTODETER
MINACI%C3%93N%2C%20DIGNIDAD%20HUMANA%20Y%20M%C3%81S%20A
LL%C3%81%20DE%20LA%20MERA%20EXISTENCIA.pdf?sequence=2&isAllowed=](#)

y

- Tribunal nacional de ética médica (2015). Memorias reunión tribunales .Recuperado de:
https://tribunalnacionaldeeticamedica.com/wp-content/uploads/2018/06/20-Memorias_Nov.pdf