



Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud

ISSN: 0121-0807

ISSN: 2145-8464

Universidad Industrial de Santander

Díaz-Amado, Eduardo

Morir dignamente y eutanasia: en el corazón de la medicina

Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, vol. 54, e702, 2022

Universidad Industrial de Santander

DOI: <https://doi.org/10.18273/saluduis.54.e:22026>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343873097038>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc


Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Morir dignamente y eutanasia: en el corazón de la medicina

Dying with dignity and euthanasia: At the heart of medicine

Eduardo Díaz-Amado¹ 

Forma de citar: Díaz Amado E. Morir dignamente y eutanasia: en el corazón de la medicina. Salud UIS. 2022; e22026. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.54.e:22026> 

*eduardo.diaz@javeriana.edu.co

Uno de los temas que más ha dado para acalorados debates en Colombia es el de la eutanasia. Así ha sido desde 1997, cuando la Corte Constitucional (CC) despenalizó el *homicidio por piedad* a través de la sentencia C-239, que se ha vuelto icónica, no solo en el país, sino a nivel internacional, por sus fundamentos, efectos y desarrollos a los que ha llevado durante estos 25 años. En el campo de la bioética se suele hablar de los pros y contras, éticos y jurídicos, de su despenalización, pero lo cierto es que el debate se ha mantenido polarizado. Uno de los temas de mayor desacuerdo es: ¿qué posición deberían tomar los médicos en este asunto? Por esto, en estas líneas quisiera señalar algunos elementos que ayuden a la comprensión del reto que enfrentan.

Para empezar, quizás debamos intentar un camino distinto al del eterno juego de tratar de convencernos unos a otros de las perspectivas particulares con las que cada uno está comprometido –a veces ciegamente. Filósofos, bioeticistas, abogados y científicos sociales tienen sus métodos y formas de analizar los problemas. Está bien saber cómo funciona la hermenéutica filosófica, el principalismo en bioética, la exegética jurídica o los métodos cualitativos en las ciencias sociales. Pero deberíamos pensar que el método que caracteriza a la medicina no solo sirve para atender

pacientes, sino que también puede ser una vía para comprender los problemas éticos que aquejan o le interesan a la sociedad. Hablo del método clínico.

Para Gracia D.¹, “la política, la ética y la clínica médica coinciden en ser saberes sobre lo particular, y no sobre lo universal. Por tanto no son científicos, sino más bien, técnicos y prudentiales”. Los juicios clínicos, al igual que los juicios éticos, buscan integrar diversos elementos de un asunto o problema, para obtener una visión lo más completa posible y así avizorar cómo proceder. Además, si consideramos que la medicina es una ciencia social, y la política no es otra cosa que medicina en gran escala, como lo propuso R. Virchow en el siglo XIX, no estaría mal que aplicáramos la perspectiva clínica para analizar ciertos asuntos en la sociedad. El problema es que los políticos en su quehacer se comportan como malos médicos, porque no saben de clínica, y los médicos son pésimos políticos, porque desprecian el conocimiento de las ciencias sociales y poco les importa los funcionamientos del poder en la sociedad.

Para el debate sobre la eutanasia quisiera remarcar dos ventajas de la perspectiva clínica. La primera, que brinda una comprensión global del problema sin caer en el juego eterno de los pros y contras, que a veces

¹ Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia
Las opiniones expresadas son responsabilidad del autor.

se torna tedioso y estéril, y que no necesariamente ilumina el debate o lleva a acuerdos consensuados. Y, segundo, nos pone en la línea de reflexionar sobre las *condiciones de posibilidad* del debate mismo: por qué se ha dado de esta manera y no de otra, y qué opciones tenemos. Los filósofos han utilizado esta aproximación, pues hay que recordar que medicina y filosofía estaban intrínsecamente unidas en tiempos de los hipocráticos. Foucault, filósofo e historiador influyente de nuestra época, por ejemplo, se interesó por estudiar cómo se instituye el pensamiento médico en tiempos modernos y escribió un libro titulado “El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica”².

Procediendo clínicamente, lo primero que debe interesarnos sobre la eutanasia es su historia. No en el sentido de datos del pasado que ya no importan, sino en tanto camino para comprender lo que pasa hoy. El interés contemporáneo en la eutanasia y el surgimiento del concepto de muerte digna en nuestros días no apareció de repente y de la nada. Cabe recordar que hacia mediados del siglo XX hubo un cambio de sensibilidad frente a la muerte. Hermann Feifel publicó en 1959 *The meaning of death* y abrió el camino para la investigación científica sobre la muerte y el morir. Los trabajos de Elizabeth Kübler-Ross y su libro “On death and dying” (1969), se ocupó del proceso del morir y el duelo. Ross en Estados Unidos y Cicely Saunders en el Reino Unido fueron pioneras del movimiento que originó los *hospicios*; es decir, la idea de que los pacientes terminales requieren un cuidado especial. Finalmente, Philippe Ariès en su libro “Essais sur l’histoire de la mort en Occident: du Moyen Âge à nos jours” (1975) nos mostró que nuestras actitudes ante la muerte no siempre han sido las mismas y se han transformado en nuestros días³.

Este cambio de sensibilidad tuvo efectos prácticos: los procedimientos en los hospitales e instituciones de salud comenzaron a cambiar. La muerte ya no era más un tabú. Luego vendrían las reformas en los ordenamientos jurídicos de los países para permitir que las personas tomaran decisiones libres sobre su proceso de morir. En Colombia, con la llegada de las primeras unidades de cuidado intensivo en la década de 1970, en los hospitales universitarios se comenzó a hablar del morir y los límites de la tecnología. En 1979, bajo los auspicios de Beatriz Kopp de Gómez se creó la *Fundación Pro-Derecho a Morir Dignamente* – inicialmente *Fundación Solidaridad Humanitaria*–, que introdujo en el país el primer documento de voluntad anticipada al que llamaron *Esta es mi voluntad*³.

Durante la década de 1980 y primera mitad de la de 1990 diversos grupos vinculados al mundo académico y médico, y algunos religiosos, que empezaban a trabajar en la recién llegada disciplina de la bioética, plantearon el tema del morir dignamente en términos del derecho a rechazar tratamientos y oponerse a la *distanasia*, o *encarnizamiento terapéutico*, una expresión bastante gráfica de lo que puede ocurrir en el escenario médico cuando no se saben reorientar los esfuerzos terapéuticos. Se empezó a comprender que la *violencia terapéutica* era tan inaceptable como la violencia de las armas que ha afectado al país por décadas³.

La adopción de una nueva Constitución Política, en 1991, significó un compromiso con los derechos fundamentales como el respeto por la dignidad humana, la autonomía individual, la solidaridad y la justicia. Además, con la creación de la CC, la defensa de la Constitución adquirió un nuevo talante en la historia del país. Así se abrió el camino para que en Colombia se admitiera que toda persona tiene derecho a decidir sobre su vida y, cuando se trata de enfermedades graves e incurables, también sobre su propia muerte.

Pero ante la inoperancia del Congreso de la República para regular la materia a través de una ley, la CC ha necesitado de otros fallos para reafirmar lo establecido en la sentencia de 1997. Así, por ejemplo, con la sentencia T-970 de 2014 el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) emitió la Resolución 1216 de 2015 en la que se reconoce la autonomía del enfermo terminal y su derecho a morir con dignidad; lo que incluye el procedimiento de la eutanasia, si éste así lo desea. Luego, la sentencia T-544 de 2017 que llevó a la Resolución 825 de 2018, del MSPS, que hace efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños. Y más recientemente, la sentencia C-233 de 2021 que elimina el criterio de *terminalidad* como condición para acceder a la eutanasia.

El morir dignamente se convirtió en un derecho en Colombia, y esto incluye acceder a la eutanasia. Algunos siguen sin entenderlo. Pero muerte digna y eutanasia no son sinónimos. La eutanasia es, para algunas personas, un camino para morir con dignidad, pero para otras es justamente lo contrario. La muerte digna es un concepto amplio que implica diferentes aproximaciones al proceso de morir y cuya legitimidad está basada en los valores y principios de cada persona. Este es el respeto por el pluralismo y la autonomía de los que habla la Constitución. La eutanasia hace referencia a un procedimiento específico por el que alguien puede

optar si así lo desea, y que requiere la participación de un tercero cualificado, el médico.

Se puede decir que el movimiento por la muerte digna también es una respuesta a la deshumanización de la atención en salud, que resulta de la masificación y comercialización de dicha atención; de la excesiva dependencia de la tecnología y el resquebrajamiento de las relaciones entre médicos y pacientes. A mediados del siglo XX se tomó conciencia de que la muerte se había vuelto vergonzosa, y ya no se moría en casa, rodeado de familiares y allegados, sino en el hospital y a solas⁴. El término deshumanización encarna el malestar de las sociedades contemporáneas frente a la incapacidad de los sistemas de salud para construir relaciones satisfactorias entre los diferentes actores que allí se encuentran⁵.

Algunas personas, con enfermedades graves e incurables, pueden otorgar un significado valioso a su sufrimiento y padecimiento. Pero para otras puede ser el camino por el que se verán despojadas de su dignidad, por eso no aceptan un proceso que ven como degradante e inaceptable, y entonces solicitan la eutanasia. En este camino hay quienes simplemente quieren saberse artífices de su propia existencia y dueñas de su cuerpo hasta el final. Pero, claro, hay que ser cuidadosos. También es cierto que buscar acabar con la propia vida puede ser el signo del desespero que ocasiona una deplorable atención médica, el abandono de los seres queridos, la soledad o de la opresión de una estructura socioeconómica inequitativa y explotadora. En estos casos no parece adecuado acceder a los deseos de la persona que sufre y facilitarle la muerte solicitada sin más. Una petición así es, más bien, un grito de auxilio que debe ser atendido correctamente y así poder rescatar a la persona de tales circunstancias.

El término eutanasia está compuesto de dos raíces griegas para significar “buena muerte”, concepto del que pocos hablan hoy mientras sí se enfatiza el “morir con dignidad”. La “buena muerte” nos remite a una cuestión antigua, y profunda: la necesidad de reflexionar sobre nuestro propio final, ojalá mientras aún estamos saludables, y no devorados por la enfermedad o la vejez. Todo ser humano debería meditar sobre la muerte, sin obsesión y sin temor, como un acto de responsabilidad consigo mismo. Al fin y al cabo, como ya Heidegger⁶ nos ha dicho, somos seres creados para la muerte. Reflexionar sobre la muerte tiene un sentido ético en la medida en que nos lleva a preguntarnos cómo nos

estamos relacionando con nosotros mismos y con los demás. Como dice P. Ariès⁴, “la muerte es el lugar de la toma de conciencia del individuo”.

Como respuesta frente a la Peste Negra en el siglo XIV surgió una expresión artística que hoy hemos perdido: las *danzas macabras*⁷. En estas se representa a la muerte bailando con diferentes personajes sociales. Fue una manera de exorcizar el terror de lo inminente e inevitable, en una época en que la medicina tenía poco que ofrecer. Y aunque, según Ariès⁴, “hoy la muerte se ha vuelto locuaz”, la paradoja es que en realidad no hay verdadero diálogo, ni entre médicos y pacientes, ni la persona y su propia muerte, ni entre los que piensan distinto sobre qué significa morir dignamente. En la Edad Media los caballeros morían advertidos, por eso se preparaban. Se temía a la muerte súbita, que llegaba sin haber dado a la víctima oportunidad para ganar méritos. Se esperaba la muerte en el lecho, acompañados de familiares y amigos⁴. Como dice N. Elías⁸, se moría en presencia de otros.

Pero morir rodeado de máquinas y personal de salud y firmar los consentimientos informados de rigor, no es necesariamente morir acompañados. Con frecuencia es todo lo contrario: aislados y despojados de nosotros mismos. Los profesionales de la salud, desafortunadamente, se han convertido en parte de la gran maquinaria del aparato burocrático y comercial de los servicios de salud. Se han vuelto meros cumplidores de protocolos y guías de manejo. No saben cómo acompañar, y no tienen ni tiempo ni interés en ello. No es su trabajo, dirían muchos.

A esto se debe esa sensación de “extrañamiento” en las instituciones de salud. Es la deshumanización de la que hemos hablado. Ya desde mediados del siglo XX el mundo occidental había tomado conciencia de este problema. Las causas son diversas y son estructurales; culturales y socioeconómicas. La educación médica defrauda hoy por su incapacidad para formar profesionales capaces de responder mejor a las necesidades de quienes ven cerca el final de sus días. Quizás por esto, Fátima Fernández Christlieb, en su prólogo al libro de N. Elías⁸, *La soledad de los moribundos*, se pregunta, “¿Qué hacer para que la despedida de este mundo se viva como algo natural? [...] ¿Qué palabras podemos pronunciar, ante un moribundo, cuando nuestra época ha cancelado las frases que podrían aliviar el camino a la muerte? [...] ¿Cómo lograr que el conocimiento médico no se circunscriba solo a lo biológico?”

La proximidad de la muerte demanda verdadera compañía, palabras genuinas, pero también silencio respetuoso. Hay demasiada algarabía y logorrea alrededor. Cierta jeringonza pseudo-ética y pseudo-jurídica, que se suele agazapar bajo el manto de la bioética, ha llenado este debate de ruido. También hay mucho maniqueísmo en el debate. Está bien debatir y discutir, pero no podemos olvidar que hay algo indecible e inaprensible cuando lidiamos con la muerte. Cómo hacerlo, no se logra simplemente con protocolos de fin de vida o guías de manejo clínico. Se requiere dar espacio a las emociones, la introspección y la trascendencia. Aquí es donde el arte y las humanidades tienen mucho que aportar, aunque siguen sin ser tomados en cuenta, seriamente, en la educación médica. En estas épocas de pandemia, como en la Peste Negra de la Edad Media, hemos vivido aterrorizados porque hemos visto el rostro de la muerte muy de cerca. Y aunque el conocimiento médico y los recursos de que disponemos para enfrentar una pandemia son hoy mucho mejores que hace siete siglos, no parece ocurrir lo mismo con las fortalezas y claridades necesarias para asumir el fin. Al contrario de nosotros, "...el hombre a fines de la Edad Media tenía una conciencia muy aguda de que era un muerto en suspenso; que el plazo era corto y que la muerte, siempre presente en el interior de sí mismo, quebraba sus ambiciones y envenenaba sus placeres. Y ese hombre tenía una pasión por la vida que hoy nos cuesta trabajo comprender, acaso porque la nuestra se ha vuelto más larga"⁴. En ese entonces, no se trataba tanto de morir dignamente o de eutanasia, sino de aceptación de la muerte, de estar preparados y de vivir con la conciencia de lo efímero.

Para E. Fox⁹ las escuelas de medicina enfatizan el papel del curar o detener procesos de enfermedad, pero no forman a sus estudiantes para que sepan cómo ayudar a pacientes y familiares cuando se trata de enfermedades crónicas o degenerativas, discapacidad o desfiguramiento. En estos casos, los médicos suelen asumir una especie de "no hay nada que hacer", pues para ellos "hacer" significa curar o prolongar la vida; pero no se sienten comprometidos con disminuir el sufrimiento, mejorar la calidad de vida o promover el sentido de bienestar. ¿Acaso pacientes "incurables" significa "intratables"? ¿Pacientes "autónomos" significa "problemáticos"? ¿Por qué muchos médicos, al igual que ciertos actores en la sociedad que están comprometidos dogmáticamente con una visión particular de la vida, tienen tanto problema para contribuir a la autonomía de las personas?

Según Fox⁹ los médicos no ven la muerte como algo natural e importante, sino como símbolo de incapacidad profesional y personal. El pensamiento médico conflictúa con la idea de la buena muerte. Pero, como en las danzas macabras, los médicos deberían aprender a lidiar mejor con la finitud y la presencia de la muerte; y ofrecer una atención apropiada para pacientes crónicos o terminales. Por desgracia sienten con frecuencia que no han hecho lo suficiente, y se llenan de sentimientos de culpa, inutilidad y rabia, que no saben reconocer. Como sugiere Fox⁹ la fuerte tendencia a la autocritica y la autorrevisión les hace difícil dar a sus pacientes, en esos críticos momentos del proceso de morir, el soporte y consuelo sinceros que necesitan y merecen, además del tratamiento médico necesario.

Por lo anterior, y como precaución antes de entrar en el debate para defender o atacar una posición en cuanto a la eutanasia, es conveniente cultivar cierta sensibilidad (como hacen los médicos cuando aprenden a examinar un cuerpo) y buscar más comprender el dolor y el sufrimiento. Las humanidades, y en particular el arte, tienen un lugar en la educación médica para lograrlo. Además de aprender cómo realizar correctamente una reanimación cerebro-cardiopulmonar, los médicos necesitan ser capaces de conversar con el morir y con la muerte, sin esconderse tras la asepsia del protocolo o la guía de manejo.

Séneca, el famoso filósofo romano estoico del siglo I, proponía una actitud de desprendimiento en la vida, así como la ataraxia (tranquilidad). Cuando Nerón lo condenó injustamente a muerte, fue su oportunidad para demostrar el máximo desprendimiento: se suicidaría sin protestar; porque para él nada en este mundo nos pertenecía, ni siquiera nuestro cuerpo. Pedro Pablo Rubens, el famoso pintor barroco, plasmó este tremendo instante en una de sus pinturas. En la escena Séneca no está solo, intentando quitarse la vida; está acompañado de Estacio Anneo, su médico¹⁰.

Y con esta historia no pretendo sugerir que los médicos están obligados a realizar eutanasias o ayudar suicidas –para eso tenemos, entre otras, el derecho de *objeción de conciencia*, además de que el suicidio asistido no está permitido en Colombia. Más bien quiero subrayar que no hay nada de sorprendente en que los médicos asistan a los pacientes en un momento tan crucial como el de ir al encuentro de la muerte. En qué consista dicha asistencia o cuáles sean sus límites, deberá ser discutido y asumido en cada época, pero sin ambages,

dogmatismos, eufemismos o circularidades. La nuestra está en eso. No basta con mentar el Juramento Hipocrático donde se establece que “[a] nadie daré una droga mortal aun cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin”¹¹. La ética médica no se reduce a este Juramento. El mundo contemporáneo tiene sus complejidades y nuevos desarrollos.

Tenemos que incluir en la educación y práctica médicas la reflexión sobre el *ars vivendi* y el *ars moriendi*: “La relación médico-paciente es también una relación del médico con la muerte, con su propia muerte, con los límites de su disciplina. ¿Cómo puede el médico comunicarse con calma y serenidad con un moribundo, si él mismo no sabe conciliar la muerte con su propio concepto de la medicina, si no puede aceptar su propio final?”¹⁰

Referencias

1. Gracia D. Procedimiento de decisiones en ética clínica. Eudema, Madrid, 1991.
2. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Siglo XXI, México, 1989.
3. Cardona Rivas AM. La muerte digna en Colombia. Trayectoria y conquistas de una idea, 1979-2015 (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín, 2021.
4. Ariès P. Morir en Occidente, desde la Edad Media hasta nuestros días. Adriana Hidalgo Editora, Buenos Aires, 2012.
5. Díaz Amado E. La humanización de la salud. Conceptos, límites y perspectivas. Editorial Javeriana, Bogotá, 2017.
6. Heidegger M. El ser y el tiempo. Fondo de Cultura Económica, México: 1988.
7. Oosterwijk S, Knöll S. Mixed metaphors. The Danse Macabre in Medieval and Early Modern Europe. Cambridge Scholars Publishing, Newcastle upon Tyne, UK, 2011.
8. Elias N. La soledad de los moribundos. Fondo de Cultura Económica, México, 2009.
9. Fox E. Rethinking Doctor Think: Reforming Medical Education by Nurturing Neglected Goals. En: Hanson M, Callahan D. The goals of medicine. The forgotten issues in health care reform. Georgetown University Press, Washington DC, 1999: 181-197.
10. von Engelhardt D. Los cambios en la relación médico-paciente: ayer, hoy y mañana. Medicina y Ética, 2000, I: 43-78.
11. Juramento hipocrático. <https://www.colegiomedico.cl/documentos/juramento-hipocratico/#:~:text=A%20nadie%20dar%C3%A9%20una%20droga,que%20trabajan%20en%20esa%20pr%C3%A1ctica>

