



Fronteras de la Historia

ISSN: 2027-4688

ISSN: 2346-1780

Instituto Colombiano de Antropología e Historia

Vanegas Carvajal, Edgar Alonso
CONFIGURACIÓN DEL CAMPO OBJETO DE CONCIENCIA A LA EUTANASIA EN COLOMBIA¹
Fronteras de la Historia, vol. 5, núm. 2, 2017, pp. 309-346
Instituto Colombiano de Antropología e Historia

DOI: <https://doi.org/10.21501/23461780.2420>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=498955549004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEH
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



CONFIGURACIÓN DEL CAMPO OBJETOR DE CONCIENCIA A LA EUTANASIA EN COLOMBIA

The configuration of the conscientious objector field towards euthanasia in Colombia

Artículo de reflexión derivado de investigación¹

DOI: <https://doi.org/10.21501/23461780.2420>

Recibido: 10 de noviembre de 2016 / Aceptado: 1 de marzo de 2017 / Publicado: 23 de junio de 2017

*Edgar Alonso Vanegas Carvajal**

¿Debe rendir el ciudadano su conciencia, siquiera por un momento, o en el grado más mínimo, al legislador? ¿Por qué posee, pues, cada hombre una conciencia? (Thoureau, 2008).

Resumen

El objetivo del presente trabajo es configurar un análisis interpretativo de la objeción de conciencia a la eutanasia, conforme a los contextos socio-culturales y biojurídicos presentes en Colombia. Es decir, se busca responder ¿cómo configurar el campo objeción de conciencia a la eutanasia en el contexto colombiano? Los casos en los que el sujeto objeta conciencia a la eutanasia representan un dilema de difícil tratamiento en el contexto colombiano, debido a que surgen para solventar situaciones coyunturales del momento, a partir de la Constitución Política de Colombia de 1991, y no como manifestación sentida y consentida por las mayorías. Las condiciones ético-políticas e histórico-culturales de un país fracturado por una sucesión ininterrumpida de guerras y violencias, configuran

¹ El presente artículo hace parte de un avance de investigación de la tesis doctoral en filosofía que el autor adelanta en la Universidad Pontificia Bolivariana, denominada: “Condiciones de posibilidad bioética personalista de la Objeción de conciencia, y su repercusión en el contexto eutanásico colombiano”. La tesis está siendo dirigida por el Dr. Pbro. Guillermo León Zuleta Salas, director del Instituto de Humanismo Cristiano de la Universidad Pontificia Bolivariana, docente de Bioética en la Escuela de Ciencias de la Salud de la UPB y bioeticista de amplia trayectoria. Esta investigación se realizó en el periodo feb-agofebrero-agosto de 2016, y hace parte delestá adscrita al grupo de investigación Ética-Bioética (GIEB) de la misma Universidad.

* Especialista en Pedagogía y Docencia Universitaria de la Universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colombia. Docente de la Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia. Grupo de investigación “Ética-Bioética” de la Universidad Pontificia Bolivariana. Orcid 0000-0001-6124-3944.
Correo electrónico: edgar.vanegas@upb.edu.co

el marco lógico de las sentencias C-239 (Corte Constitucional de Colombia, 1997) y T-970 (Corte Constitucional de Colombia, 2014), la Resolución 1216 de 2015 sobre muerte digna, y la sentencia C-355 (Corte Constitucional de Colombia, 2006) que despenaliza el aborto en tres circunstancias concretas. Estas sentencias constituyen tan solo la punta del iceberg de una serie de conductas ético-morales (acciones y decisiones) difíciles de resolver que reclaman un análisis tanto biojurídico, como desde la filosofía moral.

Palabras clave

Eutanasia; Objeción de conciencia; Pendiente resbalosa; Biojurídico.

Abstract

This paper focuses on the configuration of an interpretative analysis of the conscientious objector to euthanasia according the socio-cultural and bio-juridical contexts in Colombia. That is, there is an effort to answer the question: How can the conscientious objection to euthanasia be configured in the Colombian context? In the situations in which the subject pleads conscientious objector to euthanasia are a dilemma and a delicate issue to handle in the Colombian context, due to the fact that they come up to try to work out conjectural situations from the national constitution of 1991, and not as a felt consensus of the majority. In the ethical-political and historical-cultural conditions of a fragmented country due to a series of uninterrupted wars and violence as a framework for the sentences C-239 (constitutional court of Colombia, 1997) and T-970 (constitutional court of Colombia, 2014), the decree 1216, 2015 on a dignified death and sentence C-355 (constitutional court of Colombia, 2006) that legalizes abortion in three specific circumstances. These sentences are only the tip of the iceberg in several ethical-moral behaviors (actions and decisions) that are very difficult to solve and require both a bio-juridical analysis as well as one from a moral philosophy perspective.

Keywords

Euthanasia; Conscientious objection; Slippery situation; Bio-juridical

Introducción

La bioética constituye un campo de encuentro entre las humanidades, la medicina y la biojurídica², que propicia un tratamiento pluridisciplinar en el que tienen lugar las reflexiones ético-jurídicas que provienen de la ciencia, la tecnología y la sociedad. La objeción de conciencia a la eutanasia (en adelante OC a la E) ha sido un tema recurrente en las últimas décadas, especialmente en perspectiva biojurídica, aunque no así desde los fundamentos (bio)éticos y morales. En efecto, los análisis de la investigación aquí presentados serán abordados preferentemente desde el bioderecho y la filosofía moral, teniendo a la bioética como trasfondo y lugar de encuentro³, para un abordaje integral en la realización de acciones y en la toma de decisiones al objetar conciencia en los confines de la vida (eutanasia).

Consecuentes con lo anterior, hay que partir de la premisa que la OC a la E constituye uno de esos temas que requiere un análisis integral en el que converjan distintas lecturas provenientes de las diversas disciplinas afines que, a partir de sus propias miradas, aportan criterios de análisis que contribuyen a posibles soluciones. En efecto, las tesis presentadas en esta indagación tendrán primeramente un tratamiento biojurídico y ético-moral, desde donde

² Se ha argumentado que la bioética es un saber inter y multidisciplinar donde confluyen diversas ciencias y disciplinas, no solamente por situarse en un punto de frontera, sino también porque de manera independiente resulta insuficiente para dar respuesta a los diversos problemas que plantean los avances científicos y tecnológicos. Así surge la biojurídica y el bioderecho, que si bien algunos autores utilizan indistintamente, sin más diferenciación que sus orígenes italiano y anglosajón respectivamente, es conveniente decir que mientras el bioderecho se suele entender como “una nueva rama jurídica caracterizada por su atención especial al respeto y protección de la vida humana, desde la concepción hasta la muerte” (Juanquera de Estéfany, 2006, p. 245). Por su parte, “la biojurídica abordará, asimismo, cuestiones bioéticas, pero adoptando una perspectiva distinta, la aportada por la filosofía jurídica. De este modo la función de la biojurídica será precisamente, la de justificar aquellos principios, no morales sino propiamente jurídicos, en los que se apoya el bioderecho o la biogislación” (Aparisi Mirales, 2007, p. 16). En estos términos, entendemos la biojurídica no como ciencia, sino como una rama del derecho, que surge como respuesta a la bioética con el fin de establecer unos límites jurídicos y garantizar el respeto a la dignidad humana y a los derechos fundamentales, cuyo centro de rotación es el derecho a la vida en general y a la vida humana en concreto. La Doctora María Dolores Vila-Coro (2005), de la Cátedra de Bioética y Biojurídica de la UNESCO, argumenta que “la biopolítica se ocupa de la preparación y estudio de nuevas leyes y del seguimiento de las actualmente vigentes, para garantizar su debida fundamentación en la dignidad del hombre y en los derechos que le son inherentes. Pretende poner unos límites legales a la aplicación de la investigación sobre los seres humanos” (p. 316).

³ La bioética, desde sus inicios mismos con Van Ronsseleer Peter se propone como puente capaz de relacionar el mundo de la vida y los avances tecno-científicos; en este sentido es que Garrafa (2014) entiende la bioética, no tanto como ciencia, disciplina o saber riguroso, en el sentido científico, sino más bien como “una metodología, un instrumento y/o un lugar de encuentro y de confrontación multidisciplinaria, que sirve de puente para resolver los más variados problemas derivados del mundo de la vida” (p. 37). Actualmente, la bioética es fundamentalmente el lugar de encuentro de tres disciplinas: medicina, ética y derecho, y su relación con los avances tecno-científicos.

emergerán en segundo lugar argumentos de tipo filosófico, antropológico y aún socio-cultural; encuentros y desencuentros que posibilita la bioética⁴ como lugar epistémico para un tratamiento integral.

Así pues, los hallazgos se presentan bajo el epígrafe de resultados y discusión en tres escenarios interrelacionados: en el primero, biojurídico, se realiza una aproximación conceptual y comparativa de la OC a la E en tres países de América Latina (México, Argentina y Chile); esta contextualización dará paso a un segundo escenario que se ha denominado el *Sitz im leben* (contexto vital) al hecho objetor a la eutanasia en Colombia, en el que se plantea el debate sobre tal hecho y las tensiones existentes entre OC individual y OC institucional; para entrar al tercer escenario, ético-moral, centrado en un análisis de la llamada *Pendiente Resbalosa* (PR) a la eutanasia⁵ a partir de los informes Rummelink en Holanda que, según Keown (2004), son tan comunes en temas difíciles de resolver en países que han legalizado la eutanasia. Se cierra con un análisis crítico de posibles pendientes resbalosas a la eutanasia en Colombia, y las correspondientes conclusiones.

Materiales y método

Por tratarse de un dilema ético-moral de carácter biojurídico y aun socio-cultural, el *objeto conciencia a la eutanasia* requiere un tratamiento sistémico donde intervengan disciplinas afines que permitan una mirada de conjunto que dé paso a valorar acciones y a la toma de decisiones de manera integral e interdisciplinar. Dentro de este marco lógico, el abordaje del tema propuesto no es deductivo ni inductivo, sino que goza de la circularidad propia de una *hermenéutica crítica*, ya que es en los distintos ámbitos de la vida cotidiana (individual, social, familiar, organizacional) en los que se reconoce al otro como

⁴ Aquí entendemos la bioética como un campo de estudio interdisciplinario, especialmente privilegiado como lugar de encuentro de los diferentes saberes, disciplinas y ciencias, para el tratamiento integral de problemas derivados de la vida, y que tienen como centro de rotación la toma de decisiones éticas y la práctica de acciones de los más variados problemas éticos, médicos, biológicos, biojurídicos y biopolíticos y su impacto en el tejido macro y micro estructural, la cultura y el sistema de valores de la sociedad, las organizaciones y la persona misma. Dicho de otra manera, la bioética tiene el *sprit* de buscar el sentido profundo de la vida, sobre todo en temas de frontera al confrontar el mundo de los valores y el mundo de los hechos.

⁵ Se suele hablar de eutanasia activa, eutanasia pasiva, distanasi, ortotanasi, mistanasi, suicidio asistido, muerte por piedad, y otras. Desde el lado de la voluntad del paciente, la eutanasia puede ser voluntaria, no voluntaria e involuntaria, que son sustancialmente diversas en cuanto a su valoración moral y a su admisibilidad por el Derecho (Casado, 2013; Papacchini, 2010).

interlocutor válido (ética dialógica), que se modula de forma distinta según el contexto en el que se desarrolla. Dicho de otra manera, es a partir de los diferentes escenarios, como realidades ético-políticas e histórico-culturales, desde los que se tejen relaciones y vínculos de todo tipo, llegando a configurar el lazo social, no solo con las cosas, sino esencialmente con otros, quienes también están en el mundo en el mismo sentido que *yo*; esto es, los otros que están en igualdad de condiciones y con quienes se comparte semejantes existencialidades.

Aunque Jurgen Habermas (2002) y Karl Otto Apel (1985) se reconocen como dos de los grandes exponentes de este tipo de método, la *hermenéutica crítica* que aquí se propone, está más en sintonía con los planteamientos de la Escuela de Frankfurt (Max Horkheimer (2003) y Theodoro Adorno (2003)), que propone dialogar críticamente con los contextos mediante el análisis de los efectos intencionales y no intencionales, con el fin de ajustar los elementos de juicio para que una persona o colectivo (sociedad-Estado) llegue a una comprensión común de una realidad determinada, poniendo de manifiesto los contextos y escenarios hermenéuticos y sus posibilidades críticas.

En esta lógica de marco, y al tratarse de un artículo académico, se privilegia una indagación documentada, a partir de revisión bibliográfica suficiente en revistas de impacto internacional y nacional, bases de datos especializadas, *paper*, webgrafía y textos con enfoque en bioética y derechos fundamentales. Para la variable Objeción de conciencia se seguirán los planteamientos de Rafael, Navarro-Valls (2012) y Gloria M. Tomás Garrido, autores de origen español que han dedicado gran parte de su obra a los dilemas derivados de la OC; para el contexto colombiano se seguirán los planteamientos de Alfonso Llanos Escobar (2010) y Vicente Prieto (2013), sobre todo con relación al debate objeción de conciencia individual versus objeción de conciencia institucional. Para la variable eutanasia se seguirán las tesis planteadas principalmente por Johan Keown (2004), Javier Gafo (2000) y Ángelo Papacchini (2010).

Considerando que el punto de rotación está dado a partir de un análisis biojurídico en Colombia, se tienen en cuenta algunas reglamentaciones emanadas de la Corte Constitucional y del Ministerio de Salud y Protección Social

de este país; para la variable de la eutanasia, se abordan las tres normativas que tratan directamente de la muerte digna en Colombia: la sentencia C-239 de 1997 y la T-970 de 2014 emanadas de la Corte Constitucional de Colombia; y la Resolución 1216 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social. Para la variable objeción de conciencia se analizan tres sentencias de la Corte Constitucional de Colombia que han tratado de manera directa o indirecta la objeción de conciencia en distintos ámbitos: la C-355 de 2006 sobre la despenalización del aborto en tres casos específicos, la T-388 de 2009 que enfatiza sobre la OC individual en Colombia y la C-728 de 2009 sobre OC al Servicio Militar Obligatorio.

Resultados y discusión

Aproximación conceptual y estudio comparativo de la OC a la eutanasia en América Latina

Aunque hay una tendencia a considerar la OC como un derecho nuevo, resultado de la modernidad, esta no es un tema reciente; su génesis data de cinco siglos a. e. c. (antes de la era común) con *Antígona* de Sófocles (497/6-406), que configura la arquitectura de la OC al proponer, dentro de una misma familia-Edipo y Yocasta padres de Creonte; Creonte, rey de Tebas y tío de Antígona, Ismene, Polineces y Eteocles; Hemon hijo de Creonte y prometidos de Antígona -, el debate entre la obediencia a las más íntimas convicciones religiosas (personificada en Antígona) y la obediencia a la ley dictaminada por el rey Creonte (personificada en Ismene). Pero alcanza su ápice en la antigüedad clásica con Sócrates (470-399 a. e. c), quien prefiere beber la cicuta, como gesto de la más alta libertad, antes que ir en contra de sus más íntimas convicciones. En estos términos, la OC se plantea como el derecho de toda persona a ser eximida del cumplimiento de un deber de carácter legal (jurídico, administrativo, judicial o contractual) que le impone acciones u omisiones que son contrarias con sus más hondas convicciones éticas, morales, religiosas y aun filosóficas. Se trata entonces, de una tensión que se establece entre el deber de las obligaciones establecidas por el derecho y las exigencias de las más hondas convicciones personales derivadas de

la ética, la moral y la religión. Dicho de otra manera, es un conflicto entre la conciencia (subjetiva) y la ley (positiva). Este horizonte de sentido concurre como un acto propio del sujeto moral individual, cuya intencionalidad no es la modificación de una ley de obligatorio cumplimiento, cuanto el reconocimiento del no cumplimiento de una ley de obligatorio cumplimiento por considerarla contraria a sus convicciones morales y/o religiosas.

Pese a no ser un derecho nuevo, la OC es un bien que se ha venido reivindicando en las democracias occidentales del siglo XXI, como derecho individual constitutivo de la libertad de conciencia. Si bien filósofos y políticos de la talla de Hans Kelsen (2009), John Rawls (2012), Norberto Bobbio (1977) e incluso Hannah Arendt (1998) y Martha Nussbaum (2012) plantean sus teorías a favor de una objeción de conciencia como condición de la posibilidad de la libertad de conciencia dentro de los Estados democráticos, multiculturales⁶ y plurales de la segunda mitad del siglo XX, su configuración y sus garantías son aún insipientes en las democracias latinoamericanas, y también en las europeas⁷, después de más de una década y media del siglo XXI.

Cuando se habla de OC a la E, resulta casi obligatorio volver sobre el caso holandés, no solo por ser el primer país de Europa en legalizar la eutanasia (en abril de 2001, aunque desde 1973 se despenalizó a los médicos que siguieran ciertas condiciones, tales como voluntad del paciente, enfermedad terminal acompañada de dolores insoportables, consulta a un segundo médico, ausencia de alternativas y que el acto se realice de modo apropiado y técnico en términos médicos), sino por la actitud abierta de los médicos y demás personal enfermero frente al acto. En efecto, Holanda constituye un referente interna-

⁶ No resulta fácil precisar las características esenciales de este tipo de sociedades contemporáneas. Su configuración es tan diversa, plural y dispar que cualquier intento de precisión podrá caer en monismo cultural. Baste con mencionar las tres características de las sociedades multiculturales propuestas por Bhikhu Parekh (2005), que son las que se emplearán en esta investigación. Parekh señala que la diversidad cultural adopta esencialmente tres formas: una primera forma se da en sociedades cuyos miembros comparten una cultura, “o bien defiende creencias y prácticas distintas en ciertos ámbitos de la vida, o bien crean por su cuenta modos de vida relativamente diferentes (...) [en segundo lugar] cuando ‘algunos miembros se muestran muy críticos respecto de ciertos principios o valores centrales de la cultura prevaleciente e intentan reconstruirlos de forma adecuada’ [en tercer lugar] las sociedades modernas acogen comunidades reservadas y organizadas, que viven dentro de ellas de acuerdo a su propio sistema de creencias y prácticas” (pp. 16-17). Estas tres características son las que comúnmente se mencionan al momento de hablar de sociedades multiculturales.

⁷ Rafael Navarro-Valls y Javier Martínez-Torrón (2012) realizaron un estudio comparativo entre España y algunos otros países de la UE, y Norte América sobre la OC a tratamientos médicos, destacando dos tradiciones: a) el área angloamericana, donde sitúa a EE. UU., y en menor medida Australia y Canadá; y b) el área continental-europea, donde se analiza el caso de Alemania, Italia y Francia.

cional importante para iniciativas similares en otros países, tanto europeos y norteamericanos, como también de América Latina; por ejemplo, el ejercicio comparativo previo a la sentencia T-970 (Corte Constitucional de Colombia, 2014) toma como referente destacado el caso de la eutanasia en Holanda, seguido de otras experiencias relevantes como son las de Bélgica y el Gran Ducado de Luxemburgo.

Como se ha analizado, aquí no interesa la eutanasia en sí misma, cuanto el modo como las leyes sobre eutanasia expresan las posibles negativas del personal sanitario a esta práctica, “sobre la base que ni los pacientes tiene un derecho absoluto, ni los médicos el deber absoluto de practicarla” (Navarro-Valls y Martínez-Torrón, 2012, p. 180). Aunque es importante un ejercicio comparativo de la OC a la E a escala europea y norteamericana, el estudio estará acotado al ejercicio comparativo en América Latina, que permita reconocer avances y retrocesos que se han venido dando y las modalidades en las que se ha enfatizado para efectos de situar el *status quaestionis* de la OC a la E en el campo sanitario en Colombia.

En la tabla 1 se presentan tres casos latinoamericanos (México, Argentina y Chile)⁸ con relación a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario⁹, dado que la OC a la eutanasia en todos los países de América Latina es hipotética, ya que en ningún país de la región (excepto Colombia) existen leyes relativas a la terminación de la vida a manos del personal sanitario.

⁸ La OC a la E se sitúa en el campo de la salud al estar en juego la vida como derecho fundamental y los cuidados al final de ella. En los países latinoamericanos objetar al aborto constituye la forma más común de objeción de conciencia en temas de salud, aunque han emergido otras objeciones menos comunes como al supuesto de eutanasia y ciertos tratamientos médicos (por ejemplo, al cáncer y la transfusión sanguínea entre los Testigos de Jehová). De ahí la pertinencia de explorar las iniciativas que sobre OC en el campo sanitario se han efectuado en algunos países de la región. Un análisis detallado de la OC en la prestación de servicios de salud en América Latina puede leerse en Martín Sánchez (2010).

⁹ Según Martín Sánchez (2007), la objeción de conciencia en el ámbito de la salud puede definirse como “la negativa de los profesionales sanitarios a realizar una prestación sanitaria obligatoria, o a cooperar en ella, por considerarla contraria a su conciencia” (p. 67). En esta definición se pueden distinguir dos sentidos: el primero se sitúa al lado del personal sanitario que objeta conciencia a practicar, intervenir o cooperar con ciertos tratamientos médicos por estar en contra de sus principios éticos o religiosos (por ejemplo, la práctica del aborto, de la eutanasia, la esterilización y/o programas de investigación en genética). El segundo sentido corresponde a la negativa de un paciente a someterse a un tratamiento médico por ir en contra de sus convicciones ético-morales o religiosas (por ejemplo, la negativa de los Testigos de Jehová a la transfusión de sangre, tratamientos sobre el cáncer).

País	Marco normativo	Requisitos para invocarla	Quiénes pueden invocarla	Valoración
México	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2017, art. 5.</p> <p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2017, art. 24.</p> <p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2017, art. 7: "La vida está protegida desde la concepción".</p> <p>Ley de salud del Distrito Federal Art. 59. La única en el país que permite el aborto. Objeción al aborto.</p> <p>Asamblea Legislativa del Distrito Federal, IV Legislatura (15 de enero de 1987). Ley de salud para el Distrito Federal, art. 59.</p> <p>Código Civil Federal, 2013, art. 1916 (Daño moral).</p> <p>Ley Estatal de salud del Estado de Jalisco de 1986, art. 18.</p> <p>Norma Nacional Mexicana-NOM-046-SSA2-2005 art. 6.4.2.7</p> <p>Ley de Voluntad anticipada del Distrito Federal. Art. 42. GACETA, 2008</p> <p>Carta de los derechos generales de los médicos de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).</p> <p>Carta de los Derechos Generales de los Pacientes. 4° precepto.</p> <p>Cap. IV, art. 18. Código de bioética para el personal de salud (2002).</p>	<p>No establece unos requisitos o normativa explícita para invocarla, dado que solo se contemplan algunas <i>recomendaciones</i> dentro del orden moral, sin ninguna sanción para los médicos, por lo que se sigue al respecto un método de caso por caso.</p> <p>Sin embargo, a propósito del aborto legalizado, solo en el Distrito Federal establece una cláusula sobre objeción de conciencia; en este caso, el médico objetor debe remitir a la mujer gestante a otro profesional de la salud no objetor. No puede invocarse la objeción cuando está en inminente riesgo la vida o la salud de la madre. Las instituciones públicas tienen la obligación de contar con personal médico no objetor.</p>	<p>Son sujetos de este derecho, solo médicos y pacientes que se declaren contrarios a prácticas o a cooperar en ciertas intervenciones o tratamientos en salud. Para el caso mexicano es inminente el análisis de dos casos de objeciones sanitarias: la hemotransfusión y el aborto. La primera corresponde al paciente, la segunda al médico.</p> <p>Se deberán basar en una concepción general de vida, fundada en convicciones profundas de índole religiosa, filosófica o moral profesadas por el sujeto.</p> <p>Se acepta la OC de todo el personal sanitario, sin mayores especificaciones; en este caso, la vida del paciente deberá prevalecer; obligando al objetor a remitir al paciente a un profesional no objetor.</p>	<p>Pese a que México lidera la libertad religiosa, (Const., 1917); y que el mexicano Henry David Thoreau, es uno de los padres de la OC al negarse a pagar impuestos por estar destinados a financiar una guerra que él consideraba injusta (1856), es un Estado que se encuentra en vía de reconocer los derechos fundamentales y, en consecuencia, es patente el desconocimiento parcial de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario. Quizás por ser frecuentemente confundida con la desobediencia civil.</p> <p>Se nota un mayor reconocimiento de la libertad religiosa (Const., Ar. 24).</p>

Continúa en la siguiente página

Continúa en la anterior página

País	Marco normativo	Requisitos para invocarla	Quiénes pueden invocarla	Valoración
Argentina	<p>Constitución Política, art. 19. Libertad de conciencia; Ar 19 libertad de culto</p> <p>Código Civil. Art 1071.</p> <p>No existe una norma del orden nacional que regule la OC (pero tampoco ninguna que la prohíba). Aparece la libertad de conciencia y cada Provincia regula lo concerniente a la profesión de la medicina.</p> <p>Las iniciativas están avanzando en el ámbito del Derecho Privado.</p> <p>La Ley Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, N° 25.673, de 2003, en su art. 10 Incluye el reconocimiento de la OC Institucional, con limitaciones.¹⁰ Y su reglamentación, Decreto 1282 de 2003, art. 10, se reconoce a los objetores. Cada jurisdicción reglamentará lo propio.</p> <p>La OC médica ha sido legislada en la provincia de Río Negro. Ley 3.338. BO 23.12.1999. Ley. 3.448, Art. 24, BO.06/11/2000.</p> <p>Provincia de La Pampa. Ley 2.079. Art. 07 y art 21 (BO. 09/01/2004).</p> <p>La OC a la enfermería, se regula en las Provincias de Buenos Aires, ciudad de BA, Santa Fe, Salta, Río Negro, Catamarca y Chubut.</p> <p>Provincia de San Luis. Ley I-0650-2008 del 17. 12.2008 (BO n° 13372 del 31.12.2008).</p>	<p>Ser una institución jurídica confesional, que se declare objetora por razones religiosas. Sin embargo, se ha extendido a otras instituciones no confesionales por vía administrativa¹¹. También médicos y personal auxiliar. La OC lo será tanto en la vida personal como en la vida pública institucional.</p> <p>Los Centros de salud deben garantizar la atención al paciente en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva enviando a los pacientes a otros centros de salud, no objetores.</p> <p>Aparte de lo anterior, no existe otra reglamentación nacional sobre la OC sanitaria. Solo han venido en los últimos años algunas jurisprudencias de la Corte Suprema de Justicia. Se reconoce OC referida al Servicio Militar (caso Portillo), y a transfusión de sangre (caso Bahamondez).</p> <p>El más reciente es el caso Asociación Testigos de Jehová a rendir homenaje a la bandera y a otros símbolos patrios.</p>	<p>Respecto a la Ley de Salud Reproductiva, sobre OC Institucional, deben invocarla solo las instituciones confesionales, pero se ha extendido a otras instituciones no confesionales por vía administrativa.</p> <p>En las provincias, los objetores pueden ser, primeramente, médicos de las Provincias de Río Negro, y La Pampa.</p> <p>En segunda instancia, enfermeros y enfermeras de las Provincias de Buenos Aires, ciudad de BA, Santa Fe, Salta, Río Negro, Catamarca y Chubut. (Cumpliendo la recomendación de la OIT-Recomendación 157 de 1997, n° 18).</p> <p>En tercera medida, nutricionistas de la Provincia de Chaco, kinesiólogos, instrumentadores quirúrgicos de la Provincia Entre Ríos y los técnicos de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.</p>	<p>Se puede afirmar que Argentina es uno de los países de la región donde el derecho a objetar ha tenido mayor desarrollo en los últimos años. Aunque el desarrollo se haya realizado preferentemente a la libertad religiosa. Las iniciativas a la OC sanitaria son más provinciales que nacionales, y han llegado por vía jurisprudencial.</p> <p>Sin embargo, llama profundamente la atención la Ley Nacional de Salud sexual y reproductiva, al determinar la OC institucional, aunque su falta de reglamentación ha sido profundamente criticada y se ha venido deslizado a otras instituciones no confesionales. Sin embargo, el caso llama la atención, por ser quizás el único en América Latina.</p>

Continúa en la siguiente página

10 El texto del art. 10 es el siguiente: “Las instituciones privadas de carácter confesional que brindan por sí o por terceros servicios de salud, podrán con fundamento en sus convicciones, exceptuarse del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6°, inciso b, de la presente ley” (Ley 25.673, 2003) recuperado 10/06/2014 de: <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/ley.php>

11 Frente al deslizamiento de OC por instituciones no confesionales, en Argentina se ha dado el debate de si la OC es solamente religiosa o existe la posibilidad de una objeción de conciencia meramente filosófica y ético-moral. Expositores del tema como De Casas y Toller (2015) argumentan a favor de la posibilidad de ambos tipos de objeciones, dado que no solo la relación con Dios invoca objetar, sino también motivos racionales profundos basados en razones de conciencia eminentemente filosóficas y éticas.

Continúa en la anterior página

País	Marco normativo	Requisitos para invocarla	Quiénes pueden invocarla	Valoración
Chile	<p>Constitución Política, art. 19. N° 6 "La igualdad ante la ley. En Chile no hay persona ni grupos privilegiados".</p> <p>Informe Belmont. (1974/78)</p> <p>Convenciones internacionales:</p> <p>Convención Americana de Derechos Humanos (art. 12)</p> <p>Pacto Internacional de derechos civiles y Políticos (art. 18)</p> <p>Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 13).</p> <p>Convención para la prevención y sanción de delito de Genocidio (art. II) y Convención sobre derechos del niño (art. 12).</p> <p>Chile acude al derecho comparado de los Tratados Internacionales para regular la OC sanitaria, cuya regla general es reconocer el derecho a objetar del personal médico y paramédico, y proteger contra la discriminación al objetor. La única excepción se da en peligro real e inminente de la vida de la madre, en el caso del objetor al aborto.</p>	<p>Su aplicación se da después de considerar los principios bioéticos consagrados internacionalmente, destacando los cuatro principios del <i>Belmont Report</i>. Así como la relación médico-paciente, más allá del modelo paternalista, al implicar el consentimiento informado.</p> <p>Al ponderar la OC con el derecho a la vida, prevalece el derecho a la vida. Frente al caso hipotético de aborto, eutanasia (en Chile son ilegales) y/o transfusión sanguínea, en una jerarquización de los derechos, prevalece siempre la vida.</p> <p>Los casos más comunes se dan a la negativa de recibir transfusión sanguínea, sobre todo por personas testigos de Jehová.</p> <p>Objetar a la eutanasia y al aborto en Chile constituye una hipótesis teórica, dado que en este país es un delito.</p>	<p>Personal médico y paramédico, que por convicciones éticas o religiosas se niegue a auxiliar o practicar la eutanasia o el aborto. O personas adultas que objetan un tratamiento médico, sobre todo de transfusión sanguínea por razones de creencias religiosas.</p>	<p>El tema ha tenido una amplia difusión en los movimientos activistas (ROC Chile) sociales, dadas las restricciones constitucionales a este derecho, sobre todo al Servicio Militar Obligatorio.</p> <p>La OC no se encuentra consagrada explícitamente en el ordenamiento jurídico chileno, más que en los tratados internacionales vigentes, pero la doctrina sostiene que hace parte de la libertad de conciencia y la libertad religiosa.</p> <p>De todas maneras, en la ponderación ética entre el derecho a objetar y el derecho a la vida, prevalece el derecho a la vida.</p>

Tabla 1. Casos latinoamericanos. Nota: elaboración propia.

En términos generales, el recurso a la objeción de conciencia en países latinoamericanos ha seguido el mismo camino que en EE.UU y la UE: surge a propósito del SMO (Servicio Militar Obligatorio), emigra posteriormente al campo de la salud, preferentemente al tema del aborto, se plantea el debate de la OC institucional, y muy pocas veces a otras objeciones como tratamientos médicos, eutanasia, días festivos para determinadas confesiones religiosas, educación cívica, sexual y religiosa, entre otras. El caso de Argentina llama la atención por ser el único país latinoamericano en aceptar la OC en instituciones prestadoras de servicios de salud, que, fundamentadas en sus convicciones éticas, filosóficas y religiosas, se sirven de este recurso para garantizar su identidad propia. Colombia no ha sido ajena a este camino; en efecto, los giros que cobra la OC son los mismos señalados anteriormente (SMO, aborto, institucional, otros) y se ha convertido en un referente importante para otros países de la región, “en un recorrido que va desde las doctrinas más restrictivas, hasta el giro de apertura de los últimos años” (Prieto, 2011, p. 305). Sobre este proceso de configuración en Colombia de la OC, en general, y la OC a la E, en particular, versa el siguiente título.

Sitz im leben al hecho objetor a la eutanasia en Colombia

En Colombia, en el “Estado Social de Derecho” (Const., 1991, art. 1) objetar conciencia es un tema que va cobrando importancia desde el bioderecho en el trienio 2006-2009, a propósito del debate en torno a la despenalización del aborto en tres casos específicos; pero al mismo tiempo se constata que ni en sus prácticas ni en sus discursos mantiene unos planteamientos claros y determinados y una lógica de marco expedita. Las bases fundamentales hay que buscarlas en la Constitución de 1991, que se configura en principios democráticos de libertad e igualdad participativa, inclusiva y consensuada; esto es, un proyecto nacional donde la diversidad cultural, el pluralismo y la inclusión son valores substanciales del Estado colombiano. Este fondo constitucional configura el marco ético-jurídico de la libertad de culto (art. 19) y la libertad de conciencia (art. 18) –que implica el derecho a objetar–, como derechos fundamentales y valores esenciales que determinan la arquitectura

de los principios de libertad, igualdad y solidaridad propios de los Estados modernos, caracterizados por ser democráticos, plurales y multiculturales y, en consecuencia, laicos y seculares¹⁰.

No obstante, el sociólogo francés Jean-Pierre Bastian (2012) cuestiona que las democracias latinoamericanas sean efectivamente laicas y seculares, ya que las iglesias –y sobre todo la Iglesia Católica– siguen teniendo una hegemonía sobresaliente en América Latina y, en consecuencia, siguen interviniendo en la vida política y social de las personas y aun en las sociedades, ya sea para legitimar prácticas y discursos o para condenarlas. Al respecto, afirma:

La modernidad política latinoamericana es, en efecto, una modernidad paradójica. La nación populista, orgánica, segmentaria o étnica sigue oponiéndose al modelo cívico, voluntario, contractual o electivo inscrito en las constituciones. Más allá del marco jurídico secularizador, las prácticas sociales e inclusive políticas no son realmente seculares. La Iglesia interviene sin cesar, ya sea como mediadora en los conflictos políticos, ya sea como principal opositora a las medidas de modernización ética (en torno al aborto, el divorcio, la procreación) o de secularización (en torno a las escuelas confesionales) (Bastian, 2012, p. 21).

En efecto, todos los estados latinoamericanos, incluidos Venezuela y Cuba, mantienen relaciones diplomáticas con el Vaticano, privilegiando ciertos concordatos y convenios con la Iglesia Católica en materia de educación y subsidios. Sin embargo, es evidente la recomposición del campo religioso en América Latina que da lugar a una nueva reconfiguración del fenómeno religioso, y, con ello, nuevas prácticas y discursos en la vida política, social y cultural que permiten el paso hacia otras formas y manifestaciones ético-morales en las cuales la objeción de conciencia busca sus sentidos. Colombia se ha convertido en un referente regional importante en materia de OC, sobre todo en el campo de la salud, a propósito de los debates sobre la despenalización del aborto, de la eutanasia y en torno a la OC institucional. Al respecto, comencemos por citar al reconocido bioeticista Alfonso Llanos Escobar (2010), quien plantea el contexto vital de la OC en Colombia en los siguientes términos:

¹⁰ Autores como el francés Jean-Pierre Bastian (2012) sostienen que la laicidad y la secularidad son el resultado de sociedades plurales y multiculturales, aunque el proceso en América Latina es paradójico (pp. 10- 22). Se entiende entonces, que mientras la laicidad corresponde al proceso de conquista y autonomía de las diferentes instituciones sociales (de la Iglesia y del Estado) en busca de una identidad propia y auténtica, la secularización corresponde más a la pérdida de legitimidad de las instituciones de la Iglesia, por varias razones como la modernidad, la globalización y las transformaciones sociales, trayendo como consecuencia la disminución del número de sus fieles.

El derecho a la objeción de conciencia por parte de algunas instituciones de salud es un tema de gran actualidad, debido al acelerado proceso de *secularización* de nuestra realidad nacional a partir de la Constitución de 1991 (...) El contexto socio-político, que no es otro que la secularización (...) La Corte Constitucional y el Senado de la República se han encargado de dar los pasos más significativos de este proceso de cambio. De un Estado confesional católico, pasamos, en virtud de la nueva Constitución, a un Estado Social de Derecho, laico, secular y pluralista. Hechos, que venían represados por décadas, se vienen convirtiendo, gracias a algunas sentencias de la Corte Constitucional y a leyes y decretos del Estado, en leyes que encauzan la vida nacional por nuevos rumbos (pp. 44-45).

El panorama planteado en los dos párrafos anteriores constituye la esencia misma del *Sitz im leben* socio-cultural y biojurídico de una serie de conductas ético-morales (acciones y decisiones) de difícil resolución, no solamente porque la Constitución Política (1991) pudo haber sido el resultado de una coyuntura que buscaba incrementar la democracia en Colombia por conveniencia de unos pocos y no el resultado de procesos consolidados surgidos de la necesidad sentida del pueblo bajo el principio ineludible de la dignidad humana (art. 1), sino también por la ausencia de un horizonte de sentido que contribuya a crear identidad, en unidad de propósitos y diversidad de estrategias y culturas, producto de lo que se puede denominar *conciencia colectiva y/o moral social*. Este estado de cosas permite legalizar conductas y prácticas ético-morales, penalizadas por muchos años, vía jurisprudencial (v. gr. el aborto y la eutanasia). En efecto, se trata más de iniciativas personales para dar respuestas a momentos coyunturales, que al resultado de verdaderas políticas públicas en la voz de las mayorías. No en vano, tanto el debate en torno a la OC, como a la eutanasia, llegan no por vía legislativa (como en los Países Bajos), sino por vía jurisprudencial, para tutelar un derecho fundamental a personas naturales concretas, lo que no es común en este tipo de decisiones que trastocan en sus fundamentos el sentido mismo de la realidad social y ético-moral del Estado.

El debate actual en torno a la OC en Colombia

Hasta el 2004, el Estado colombiano mantuvo una clara negativa a la OC como derecho fundamental. No obstante, en los últimos dos lustros se ha venido presentando un cambio positivo en la jurisprudencia, asunto que va a tener su decisión final en la sentencia C-728¹¹, al definir:

A partir de una lectura armónica de los artículos, 18 y 19 de la Constitución, al igual que del bloque de constitucionalidad, es posible concluir que de los mismos sí se desprende la garantía de la objeción de conciencia frente al servicio militar (Corte Constitucional de Colombia, 2009).

De esta manera hay que recordar que el proceso de legalidad y legitimidad del recurso a la OC en Colombia se ha iniciado a propósito del SMO, modalidad que en casi todos los Estados es la más frecuente, debido a que ha estado presente en todas las sociedades y en todas las épocas. Es una verdad de peregrullo que la Corte Constitucional frente a una línea jurisprudencial de carácter liberal con un esquema ético-moral de corte neoliberal, dominante en la década de los noventa y primer lustro del siglo XXI, hecho que se visibiliza en sus repetidos pronunciamientos negativos al interpretar que “en un Estado Social de Derecho, recurrir a la OC es improcedente”, sorprenda con la sentencia C-728 (Corte Constitucional de Colombia, 2009)¹² reconociendo la OC al SMO como un derecho fundamental en nuestro ordenamiento jurídico colombiano, apoyado de manera concreta en la Constitución Política de Colombia, art. 13 derecho a la igualdad y a la libertad, art. 18 derecho a la libertad de conciencia y art. 19 derecho a la libertad de cultos. Al respecto, la sentencia se expresa en los siguientes términos:

¹¹ Esta sentencia representa el giro copernicano de la Corte Constitucional frente a la objeción de conciencia al reconocerla como un derecho fundamental en Colombia. Aunque tal derecho se aplica exclusivamente a la Prestación del SMO, representa un nuevo sentido de la interpretación de este derecho que puede emigrar a otros campos como al de la salud. Pese a que la C-728 (Corte Constitucional de Colombia, 2009) le pide al Congreso legislar al respecto, cinco años después aún no aparece la ley que determine las condiciones de aplicabilidad, generando un vacío jurídico sin resolver. Un estudio reciente y completo ha sido realizado por el grupo de Interés Público (G-DIP) de la Facultad de derecho de la Universidad de los Andes, con el apoyo de la Acción Colectiva de Objetores de Conciencia (ACOOOC) (Iturralde y Castrellón, 2014).

¹² Hay que señalar que el debate alrededor de la OC al servicio militar obligatorio en Colombia fue un camino largo y extenuante, que se puede constatar en diversas sentencias que han aludido al tema y que antecedieron al pronunciamiento definitivo en el 2009, a saber: C 511 de 1994, T 547 de 1993, C 561 de 1991, T 728 de 2009, T 588 de 1998, T 363 de 1995, C 740 de 2001, T 409 de 1992 (Corte Constitucional de Colombia).

La Objeción de conciencia es una de las manifestaciones centrales del derecho fundamental a la libertad de conciencia (...) Desde esta perspectiva, resulta lógico considerar que no se requiere de una consagración legal expresa de la objeción para que ésta exista. Ella constituye la forma típica del ejercicio de la libertad de conciencia como derecho fundamental que, como tal, es de aplicación directa e inmediata. Afirmar lo contrario es vaciar el contenido del núcleo esencial de la libertad de conciencia (Corte Constitucional de Colombia, 2009).

Continuando la excursión, el debate en torno a la OC emigra del SMO al campo sanitario con la sentencia C-355 de 2006 (Corte Constitucional de Colombia) que despenaliza el aborto en tres casos excepcionales -violación, enfermedad de la madre y malformación del feto- y obliga a todas las entidades prestadoras de servicios de salud a garantizar este derecho a las pacientes que lo soliciten y configuren los requisitos establecidos por la Ley. Es entonces en el trienio 2006-2009 cuando la OC alcanza su ápice mediante las dos sentencias emanadas de la Corte Constitucional Colombiana: la C-355 de 2006 (M. P. Jaime Araujo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández) y la T-388 de 2009 (M. P. Juan Carlos Henao Pérez), por las que se determina que la OC es un derecho de carácter individual y no colectivo y, por consiguiente, no es un derecho que puedan ostentar las personas jurídicas o el Estado. En efecto, afirma la Corte (2006) de manera contundente:

La objeción de conciencia no es un derecho del cual son titulares las personas jurídicas, o el Estado. Solo es posible reconocerla a personas naturales, de manera que no pueden existir clínicas, hospitales, centros de salud o cualquiera que sea el nombre con que se les denomine, que presenten objeción de conciencia a la práctica de un aborto cuando se reúnan las condiciones señaladas en esta Sentencia. En lo que respecta a las personas naturales, cabe advertir, que la objeción de conciencia hace referencia a una convicción de carácter religioso debidamente fundamentada, y por tanto no se trata de poner en juego la opinión del médico en torno a si está o no de acuerdo con el aborto, y tampoco puede implicar el desconocimiento de los derechos fundamentales de las mujeres; por lo que, en caso de alegarse por un médico la objeción de conciencia, debe proceder inmediatamente a remitir a la mujer que se encuentre en las hipótesis previstas a otro médico que si pueda llevar a cabo el aborto, sin perjuicio de que posteriormente se determine si la objeción de conciencia era procedente y pertinente, a través de los mecanismos establecidos por la profesión médica (Sentencia C-355).

Esta normativa limita vehementemente a las instituciones prestadoras de servicios de salud (hospitales, clínicas y centros de salud) a recurrir al recurso de una OC institucional por entidades claramente confesionales (o no) que mantienen como principio ineludible el respeto y cuidado de la vida –desde su concepción misma hasta la muerte natural– como una de sus más profundas convicciones institucionales. Es decir, la OC es un recurso personal y no institucional, que se limita al fuero ético-moral de la persona singular, sin la capacidad de emigrar a agrupaciones o asociaciones cuyas funciones substanciales, principios, objetivos y valores organizacionales estén en directa contradicción con esta normativa.

Con argumentos similares se expresan en el Decreto 4444 de 2006, la Resolución 1216 de 2015 y la Sentencia T-970 de 2014, que reconocen el derecho a objetar conciencia de modo restrictivo, enfatizando más en lo que no se debe hacer que en lo que efectivamente es dicho derecho. En efecto, el acento está puesto en los derechos del paciente, más que en los del médico y cualquier otro personal sanitario. En todas las normativas anteriores se interpreta que la objeción de conciencia queda reducida al ámbito exclusivamente personal y no es aplicable a las instituciones prestadoras de servicios de salud o similares, lo que implica que tal recurso sea reconocido como derecho fundamental, no se puede entender como un derecho absoluto, sino que tiene unas limitaciones. Miremos este texto: “la objeción de conciencia no es un derecho absoluto y su ejercicio tiene como límite la propia Constitución en cuanto consagra los derechos fundamentales, cuya titularidad también ostentan las mujeres, y por tanto no pueden ser desconocidos” (Corte Constitucional de Colombia, 2008, sentencia T-209).

Lo anterior se mantiene de igual modo en el caso de la despenalización de la eutanasia, que no solo adiciona el derecho a objetar conciencia como epílogo al final de la Resolución 1216 de 2015 (art. 18), sino que lo restringe al ámbito exclusivamente personal, haciendo énfasis en el adverbio “solo” para indicar que no es un recurso que puedan invocar instituciones colectivas sociales, iglesias y/o asociaciones. Así se expresa la Resolución: “la objeción de conciencia solo es predicable de los médicos encargados de intervenir en el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir dignamente” (art. 18).

El debate OC individual vs. OC institucional se agudiza en el 2008 frente a la negativa del Hospital San Ignacio en Bogotá¹³, y otras instituciones de salud regentadas por comunidades religiosas, de interrumpir el aborto en los tres casos que configura la Ley. Frente a esta tensión, la Corte va aún más allá al limitar el derecho a objetar al personal médico y no al personal auxiliar, ya sea médico o administrativo, que influye directa o indirectamente en la práctica del aborto, limitándose a subrayar la negativa a objetar institucionalmente, y restringiendo el derecho al personal médico exclusivamente. Afirma la Corte Constitucional de Colombia (2009):

La objeción de conciencia es un derecho que se garantiza de modo extenso en el campo privado -cuando no está de por medio el desconocimiento de derechos de terceras personas-. No obstante, queda excluido alegarla cuando se ostenta la calidad de autoridad pública. Quien ostenta tal calidad, no puede excusarse en razones de conciencia para abstenerse de cumplir con sus deberes constitucionales y legales pues con dicha práctica incurriría en un claro desconocimiento de lo dispuesto en los artículos 2º y 6º de la Constitución Nacional. Cuando un funcionario o funcionaria judicial profiere su fallo no está en uso de su libre albedrío. En estos casos el juez se encuentra ante la obligación de solucionar el problema que ante él se plantea -art. 230 de la Constitución-, con base en la Constitución y demás normas que compongan el ordenamiento jurídico aplicable. Esto por cuanto su función consiste precisamente en aplicar la ley -entendida ésta en sentido amplio-, de manera que no le es dable con base en convicciones religiosas, políticas, filosóficas o de cualquier otro tipo faltar a su función (...) la Sala deja en claro que la objeción de conciencia se predica del personal que realiza directamente la intervención médica necesaria para interrumpir el embarazo. Contrario sensu, no será una posibilidad cuya titularidad se radique en cabeza del personal que realiza funciones administrativas, ni de quien o quienes lleven a cabo las actividades médicas preparatorias de la intervención, ni de quien o quienes tengan a su cargo las actividades posteriores a la intervención (Sentencia T-388).

¹³ En el 2008, la señora Migdony Yolima Bernal Castro solicita al Hospital San Ignacio de Bogotá (regentado por la Compañía de Jesús) la interrupción de su embarazo (en el quinto mes), alegando malformaciones graves de su feto que padecía de hidrocefalia severa, crecimiento asimétrico y cardiopatía; solicitud que le fue negada en tres ocasiones por dicho Hospital, argumentando primeramente que se trataba de malformaciones graves, pero no incompatibles con la vida; en la segunda negativa informaron que no podía acceder a la solicitud de Migdony y de su esposo debido a que no tenía habilitado el servicio; y en la última solicitud apeló a la OCI alegando que por posiciones éticas de la Institución en ningún caso realizaría abortos; por lo que la paciente decide apelar al recurso de la tutela. Luego de una larga y extenuante investigación, la Secretaría Distrital de Salud le impuso a la institución hospitalaria una multa de \$11.537.500 no solamente por ser el primero en apelar el recurso de OC institucional luego de la C-355, sino por la negativa insistente a la prestación del servicio solicitado, con razones improcedentes a un Hospital con un nivel de complejidad III, que debería estar preparado para realizar el procedimiento en todos los casos solicitados. Hasta el momento, el Hospital se niega a pagar aludiendo el derecho de Objeción de Conciencia Institucional (Bejarano Ricaurte y Castrelló Pérez, 2013, p 43).

El Hospital de San Ignacio fue tan solo la punta del iceberg de prácticas generalizadas en clínicas y hospitales abiertamente confesionales (o no) que reclaman la legalidad a la objeción de conciencia institucional o colectiva, sin que hasta el momento haya una propuesta efectiva. En este contexto se dieron otros casos como el del Hospital Universitario de Sincelejo, con la niña Susana de 13 años, quien queda en embarazo como resultado de abusos sexuales de su padre; frente a la solicitud de interrupción de su embarazo, el Hospital responde que todos los médicos de dicha Institución se declaraban objetores de conciencia (OC colectiva) y aduciendo igualmente OC institucional (Bejarano Ricaurte y Castrellón Pérez, 2013, p 43)

De esta manera se abre un debate entre OC institucional y OC colectiva. Esta última modalidad se presenta cuando todo el personal médico de una determinada especialidad (ginecólogos-obstetras o cualquier otra) decide objetar conciencia, que aunque es individual, produce los mismos efectos de la OC institucional. Mencionemos tres casos: el primero se trata de la joven cucuteña Johanna Palencia Arias, una menor de 13 años víctima de acceso carnal violento, que al quedar en embarazo solicita su interrupción al Hospital Universitario Erasmo Meoz de Cúcuta, encontrándose con una negativa por parte de todos los ginecólogos, alegando objeción de conciencia (Corte Constitucional de Colombia, 2008, sentencia T-209). El segundo caso es el de Carolina, una joven de 16 años del municipio de Nátaga (Huila), quien queda en embarazo producto de una violación de su abuelo, y los dos únicos ginecólogos que prestan sus servicios en el Hospital san Antonio de Padua de La Plata -nivel II- se niegan argumentando razones de conciencia. Un último caso se da en el Hospital Universitario Departamental de Nariño -nivel III- con la joven Andrea, quien solicita interrupción de su embarazo por malformaciones del feto que tendría consecuencias graves fuera del vientre (polihidramnios severo, labios y paladar hendido, onfalocele y corazón hipo-plástico); aunque se tuvo este diagnóstico, todos los médicos del Hospital se declararon objetores.

Pese a todo lo anterior, a partir de una lectura bioeticista, el caso colombiano ha sido considerado por otros países de la región como *sui generis* por introducir prácticas de corte utilitarista (costo-beneficio, subjetivismo, relativismo, pragmatismo, hedonismo) en un modelo personalista y de una ética de

las virtudes que propende por conductas ético-morales de corte judeo-cristiano. Este cambio de paradigma enrarece el horizonte de sentido de la vida, tanto en sus inicios (eugenesia) como en su final (eutanasia), al situarse en el llamado *sincretismo acomodaticio* tan común en la moral, que mezcla elementos de diferentes modelos como el utilitarismo de corte consecuencialista, el liberalismo radical, el sociobiologismo y el relativismo radical en busca de un sentido y una identidad.

En efecto, el fin de la vida humana, asunto de particular interés en estas líneas, se encuentra en vilo en Colombia, no solo por el frágil sistema de salud colombiano, las secuelas de una guerra prolongada que relativiza la vida, sobre todo las más vulnerables (niños con deformaciones congénitas, ancianos, enfermos terminales, entre otras), sino también –y es lo que más interesa en esta pesquisa– por la aprobación de la sentencia C-239 de 1997¹⁴ de la Corte Constitucional de Colombia, que despenaliza la eutanasia en ciertas condiciones específicas¹⁵. Esta decisión constituye un hito significativo en el devenir ético-político del pueblo colombiano, e incluso latinoamericano, al tiempo que coloca en riesgo (sociedad del riesgo) el panorama ético-moral de Colombia, por lo menos en dos sentidos:

1. Primer sentido. La despenalización de la eutanasia en Colombia ha franqueado “deslizamientos, ético-legales” importantes que evidencian vacíos en el sistema ético-moral, político y jurídico colombiano¹⁶, que conducen a una fractura del lazo social en temas difíciles de resolver de golpe, como es la

¹⁴ Un análisis de la eutanasia en Colombia se puede ver en Del Río Álvarez (2009, pp. 162-167).

¹⁵ La mayoría de proyectos que pretenden reglamentar la eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia reglamentan dichas prácticas inspirados en el espíritu de la sentencia 239 de 2007, en las siguientes cuatro condiciones: a) que el paciente sea colombiano o extranjero, residente por un término no menor a un año, mayor de edad; b) que la petición de terminación de la vida del paciente sea libre e informada, voluntaria y reiterada, por escrito. Tal petición podrá ser modificada o revocada en cualquier tiempo; c) que el paciente sufra efectivamente de un enfermedad terminal o grave lesión corporal, certificada en su historia clínica por dos médicos especialistas; d) el único que puede practicar el procedimiento eutanásico o asistir al suicidio a un paciente es un profesional de la medicina, que para este caso será siempre y en todo caso el *médico tratante* (Proyecto de ley Estatutaria 05 de 2007 Senado. Por la cual se reglamentan las prácticas de la eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia. Armando Benedetti Villaneda y Gina Parody, 20/07/2007). En similares términos se expresa el mismo Armando Benedetti (2012) cuando cinco años después busca revivir el Proyecto de ley estatutaria hundido en el 2007, como Proyecto de ley estatutaria 70 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, 70/08/2012.

¹⁶ El vacío jurídico se presenta por la contradicción existente entre los artículos 106 y 107 del actual Código Penal Colombiano que sanciona con prisión la “inducción o ayuda al suicidio”, así como la eutanasia, bajo el nombre de “homicidio por piedad”, y la jurisprudencia emanada de la Sentencia 239 de 1997 que despenaliza dichas prácticas (Ley 599, Código Penal Colombiano).

eutanasia. No es inocente –como ya se indicó al inicio– que después de 20 años de la promulgación de la sentencia C-237 (Corte Constitucional de Colombia 1997), continúe sin que sea efectiva una ley sancionada por el ejecutivo no obstante los múltiples Proyectos presentados al Congreso¹⁷, así como una reglamentación emanada de forma extraordinaria por el Ministerio de Salud y Protección Social, y no del Congreso de la República que es el organismo competente. Lo anterior evidencia un conflicto, en circunstancias dolorosas, entre teoría política del derecho y moral, conciencia y ley, realidad cotidiana y teoría del derecho, cultura y conducta, ética y moral ciudadana, Estado y religión; es decir, entre derechos individuales y el orden social colombiano; por el hecho de legitimar prácticas ético-morales contrarias a los principios y valores, que por siglos ostenta la cultura y la sociedad colombiana.

2. Segundo sentido. El sistema normativo (ley positiva) de una sociedad determinada no se origina de la nada, ni es el resultado de abstracciones metafísicas. Por el contrario, la ley tiene la misión esencial de regular realidades socio-culturales concretas, efectivas y situadas en contextos reales. Vicente Prieto (2013) interpretando la sentencia T-396 (Corte Constitucional de Colombia, 1993), al tocar el núcleo mismo del sentido del sujeto como persona jurídica, es decir como sujeto de derechos y deberes, afirma:

La persona jurídica es un concepto que se funda en la realidad social de las personas singulares y concretas que la conforman. La comunidad jurídica, como ideal común objetivo, se puede comportar y expresar como sujeto de derechos y de deberes, por cuanto es *apto* para que se le predique la juridicidad (p. 63).

¹⁷ El marco legal de la muerte digna no ha sido posible por las resistencias en el Congreso. Un primer Proyecto de reglamentación de la muerte digna (N° 155/04), fue radicado en el Congreso por el propio ponente de la sentencia C-239. Sin embargo, la propuesta fue retirada por Gaviria, porque el senador ponente Germán Vargas Lleras, modificó el proyecto y se negó a incluir el homicidio por piedad. Tres años más tarde, los senadores Armando Benedetti y Gina Parody presentaron el segundo Proyecto de ley estatutaria (N° 05/07) que pretendía regular la eutanasia y la asistencia al suicidio. Iniciativa, al igual que en el caso anterior, que fue retirada debido a que los autores consideraron que su aprobación no era viable, debido a la oposición de la mayoría de congresistas (N° 44/2008). Al año siguiente, Benedetti insistió con la propuesta (15/08), pero finalmente no fue aprobada por falta de quórum. Solo hasta el año 2012, la expectativa de una normativa que regule la muerte en condiciones dignas se hizo realidad: pero el logro es parcial debido a que solo se regula los cuidados paliativos para enfermos terminales, crónicos, enfermedades degenerativas irreversibles. Un comentario a los proyectos de ley que se han presentado en Colombia para reglamentar el derecho a morir dignamente, lo presenta Ariel Corredor (2009), en el último capítulo de su libro *Realismo jurídico y eutanasia*.

Lo que equivale a mantener un razonamiento lógico de la siguiente manera: *premisa mayor*: la persona, entendida como “sujeto moral” responde a una historicidad, unas circunstancias ético-políticas y socio-culturales, de las que no se puede extraer; *premisa menor*: la persona jurídica tiene fundamento en la realidad, entendida esta como el conjunto de relaciones más o menos estables que se entrecruzan entre personas y entre sociedades, tanto impuestas por la cultura como resultado del tejido social; *conclusión*: luego, la persona jurídica es el resultado del lazo social que se va tejiendo a veces de manera natural y otras veces impuesta por la sociedad, pero que en todo caso configura la sociabilidad humana como resultado del movimiento cultural.

Consecuente con el razonamiento anterior, no se puede desconocer que el principio de dignidad humana como fundamento ontológico de la persona –desde su nacimiento hasta su muerte natural– constituye el hilo conductor a propósito de la OC a la E en Colombia, en por lo menos dos sentidos que involucran directamente al agente (médico) y al paciente (enfermo terminal): por un lado, al momento de justificar el derecho a disponer o no de la propia vida, que se concreta en el supuesto *derecho a morir dignamente*, y por otro lado, la negativa de acceder a prácticas eutanásicas, para el caso de objetores de conciencia cuyos principios éticos entren en conflicto.

La realidad de la Pendiente Resbalosa (PR) o slippery slope en relación con la objeción de conciencia a la eutanasia en Colombia

El solo acto de acabar con la vida de una persona por el hecho de tener mal formaciones físicas o psíquicas y/o que se eliminen “vidas inútiles” que no valen la pena ser vividas por ser enfermos terminales irreversibles y/o que han perdido la capacidad de autodeterminación, trastoca los pilares mismos de nuestras más profundas convicciones ético-morales trayendo como consecuencia repulsa e indignación. Justamente, estos asuntos hablan casi de *ipso facto* de una descomposición social, una endeble formación de la conciencia y una desintegración de los más elementales principios ético-morales, como son la categoría de “bien”, de conservación, de moral, de respeto y de dignidad.

Tal descomposición social e individual no es un proceso que se da de golpe en un sentido lineal, sino que hace parte de un proceso prolongado en el que intervienen diferentes factores del lazo social hasta configurar un caldo de cultivo propicio para prácticas y discursos que trastocan los valores y principios básicos de una sociedad al ponderar la axiología social de manera distinta, como producto de interacciones bio-políticas y socio-culturales, en una especie de descenso moral que denota progresivamente la pérdida de todo tipo de escrúpulos morales con los principios tradicionales que ostenta e identifica su entorno cultural. Este proceso descendente de la conciencia moral, se ha venido denominando como la Pendiente Resbalosa (PR). Se trata de un esquema planteado con cierto éxito en los dilemas bioéticos en general, y en la eutanasia en particular. En la eutanasia, la PR hace referencia a que:

Si en algún supuesto determinado se permite la práctica de la eutanasia basándose en el hecho de que se encuentra con una razón suficiente para hacerlo, esa permisión dará lugar a otras permisiones en otros casos en los que ese motivo justificante se haya difuminado sutilmente; a su vez, esta nueva permisión dará lugar a otras y éstas a otras más (...), de tal manera que queda abierta la puerta de los demás asesinatos, es decir, a los otros tipos de eutanasia y [quien sabe] a qué más atentados contra la vida de las personas. De los primeros casos, aparentemente bajo control, se pasará a otros casos en los que los controles habrán desaparecido y finalmente se habrá abierto la veda para acabar con la vida de los enfermos, de los ancianos o de los socialmente molestos por los motivos más variados (Álvarez Gálvez e Íñigo, 2013, p. 94).

Desde luego, la eutanasia plantea muchas variantes, aristas, vertientes y laderas que no se pueden analizar y ponderar de golpe, sino de manera integral y después de un análisis crítico-hermenéutico con asidero en la realidad, y en lo que el hecho objetor es apenas uno de esos deslices. Sin duda, la despenalización de la eutanasia en Colombia soporta el peligro que se está viviendo en los Países Bajos: que la eutanasia voluntaria conlleva a la involuntaria, incluso al suicidio, y con cifras alarmantes. Esta es la lucha constante de los países que promueven la eutanasia; de hecho, en Holanda la eutanasia se ha ido deslizando por la *slippery slope* (PR), siendo ya una realidad problemática y hasta de salud pública según se puede ver en los Informe Rammelink (1990, 1995, 2001)¹⁸.

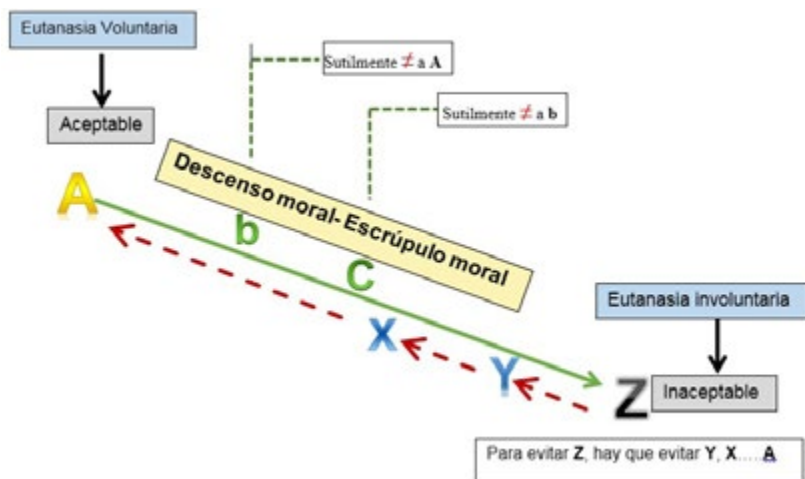
¹⁸ El informe de 1991 revela que en este año se efectuaron 1.000 muertes por eutanasia involuntaria o impuesta, es decir, sin un consentimiento informado. Así mismo, en un ejercicio comparativo entre los tres informes Rammelink realizados hasta ahora (1991, 1996, 2001), se pone de manifiesto que las muertes por eutanasia han venido en aumento: de 2.300 a 3.200 y luego a 3.700, respectivamente (Informe Rammelink, 1990, 1995, 2001).

John Keown (2004), uno de los primeros en plantear la PR en Holanda, la define en los siguientes términos: “el peligro que se practique la eutanasia sin que el paciente la pida” (p. 20)

Es una expresión que se utiliza para referirse a una cadena de acontecimientos que concluirían en algo indeseable. En el contexto del debate sobre la eutanasia, se refiere al peligro de que la eutanasia voluntaria conduzca [deslice] hacia la eutanasia no voluntaria (incluso a la eutanasia involuntaria) (p. 223).

En términos lógicos, la PR se puede representar de la siguiente manera (ver figura 1):

Figura 1. La pendiente resbalosa



Fuente: elaboración propia

Entonces, la objeción de conciencia a la eutanasia es un tipo de objeción cualificada (por estar en vilo la vida), por la cual se ha venido erosionando el llamado derecho a morir dignamente, ya que tradicionalmente se mueve en dos extremos que van desde la negativa total al ejercicio de dicho derecho o su reconocimiento de modo restringido por parte del Estado, generando situaciones conflictivas del médico objetor con todas las relaciones intervinientes: paciente, superior jerárquico, colegas, incluso con el personal administrativo, hasta ciudadanos que pueden llegar a fingir objeciones con el fin de librarse de cargas laborales, imponer a los demás valores o creencias de carácter perso-

nal o simplemente para evadir responsabilidades, sin que sean efectivamente objetores. Es determinante entonces delimitar claramente el perímetro entre las auténticas objeciones y las falsas objeciones o pseudo-objeciones que difuminan aún más el camino dejando espacios sin resolver que se deslizan del peor modo posible.

A este punto, vale la pena evocar un caso paradigmático a propósito de la PR en la eutanasia en Holanda. Solo tres meses después de la reglamentación de la eutanasia en Holanda, que se dio en 1994, se cruzaron los límites de la ley cuando el psiquiatra Chabot asiste al suicidio a una paciente que lo solicita por encontrarse en una fuerte depresión. Un año después, la Corte Suprema y la Real Sociedad de Médicos de Holanda, admiten que la eutanasia es viable en pacientes que sufren un daño psíquico y/o moral, y no necesariamente un dolor físico. Pero antes de la reglamentación de la eutanasia, se conoció otro caso en el que un médico que trata una niña de tres días por lesiones cerebrales y en la médula espinal, al no ver mejora, se decide no operar, y a petición de sus padres, el médico acaba con la vida mediante una dosis letal de anestésicos. Es decir, lo que comenzó como una ley de eutanasia aplicada en unos casos concretos y, específicamente, a enfermos terminales o a pacientes con enfermedades degenerativas progresivas sin esperanza de mejora, que lo solicitarán, termina deslizándose a “daños psicológicos” y “daños morales”¹⁹, síntomas de estrés, ausencia de motivaciones para vivir, y hasta a fracasos financieros y/o psico-afectivos que la ley inicial no había contemplado.

En Holanda, la interpretación sobre la eutanasia ha tenido tantos sentidos inadecuados y la relación médico-paciente se ha erosionado tanto que existe la posibilidad de conducir a la muerte a la población más vulnerable, como ancianos, enfermos terminales, neonatos con malformaciones, enfermos con VIH, minorías y demás –nada distintas a las prácticas iniciadas con las leyes de Nüremberg (1933) en los tiempos de la Alemania nazi–.

¹⁹ Los daños morales son definidos por Díaz Colorado (2009) citado por el Centro Nacional de Memoria Histórica, (2014), como “[...] Toda modificación dolorosa del espíritu. Consistente en profundas preocupaciones, o en estados de aguda irritación que afectan el honor, la reputación y el equilibrio anímico de las personas que inciden en la aptitud de pensar, de querer o de sentir” (43). Este mismo el Informe, agrega lo siguiente: “Los daños morales son el resultado del menoscabo de valores significativos para las personas y las comunidades, pues muchos de los actos violentos buscan, en efecto, degradar la dignidad de las personas y sus comunidades, devaluar ideales y creencias y violentar los valores más íntimos que sustentan a la identidad colectiva” (214).

La comisión conformada por el gobierno holandés con el fin de estudiar la práctica eutanásica en ese país, y que se denominó Informe Remmelink (1990), afirma que de hecho la PR está siendo ya una realidad en Holanda, dado que se practica la eutanasia sin el consentimiento informado del paciente, se asignan las camas de hospitales a pacientes más jóvenes y que no estén con enfermedades terminales, aparece la “eutanasia a domicilio” o “unidades móviles de eutanasia”, en 2014 se abrió la primera “clínica privada para practicar la eutanasia a pacientes que hayan sido rechazados por sus médicos”, “crece el kit de medicamentos para aplicar la eutanasia”, no hay control de los farmaceutas en los medicamentos para la eutanasia”; más aún, ¿es correcta la aplicación de la eutanasia a casos de depresión, estrés o dolor moral? La tabla 2 presenta un estudio comparativo de los tres informes Remmelink realizados hasta el momento en Holanda y que denotan la PR.

Tabla 2. Informes Remmelink

Estimación del número de muertes en relación con el suicidio asistido y la eutanasia en Holanda en los años 1990,1995 y 2001

Tipo de muerte	1990	1995	2001
Total de casos de fallecimientos en Holanda (100%)*	128.824	135.675	140.377
Eutanasia activa voluntaria	2.300	3.200	3.700
Suicidio médicamente asistido	400	400	300
Eutanasia activa no voluntaria / involuntaria**	1.000	900	1.000
Decisiones de no tratamiento con posible acortamiento de la vida,	23.100	27.400	28.400
— de los cuales, con la intención de acortar la vida	6.900	11.200	18.200
Alivio de dolor con posible acortamiento de la vida,	24.200	25.900	28.200
— de los cuales, con la intención de acortar la vida	4.800	3.900	2.800
— con conocimiento del paciente	2.600	2.700	n.d.
— sin conocimiento del paciente	2.200	1.200	n.d.
Aplicación de la sedación terminal***,	n.d.	n.d.	8.400
— a los cuales, se retira la hidratación y nutrición	n.d.	n.d.	5.500
Eutanasia neonatal	n.d.	95	100
Suicidio médicamente asistido de pacientes psiquiátricos	n.d.	2-5	n.d.
Total de muertes intencionales en el contexto médico ****	15.400	19.700	31.600

Nota: tomado de Vega y Ortega (2007, p. 95).

* Único dato no estimado en esta tabla.

** La Comisión holandesa lo denomina «terminación de la vida sin petición».

*** Este concepto de «sedación terminal» se introdujo en el estudio de 2001, y en la mayoría de los casos la finalidad de la sedación fue acelerar la muerte.

**** $15.400 = 2.300 + 400 + 1.000 + 6.900 + 4.800$

$9.700 = 3.200 + 400 + 900 + 11.200 + 3.900 + 95 + 5$

$31.600 = 3.700 + 300 + 1.000 + 18.200 + 2.800 + 100 + 5.500$

n.d.: datos no disponibles

En la anterior tabla llama poderosamente la atención los 1.000 casos de eutanasia activa no voluntaria practicados por médicos holandeses; es decir que los médicos acortaron la vida de 1.000 pacientes en 1991, 900 pacientes en 1995 y 1.000 pacientes en 2001, sin un consentimiento informado, sin una solicitud explícita y persistente del paciente, sin tener una enfermedad terminal degenerativa, y menos aún sin que el médico consultara a un colega suyo con experiencia. Sin embargo, el informe solo considera los casos en los que se administró una droga letal, de los que hay que notificar, sin tener en cuenta los muchos hechos en los que el médico pudo eludir el procedimiento aplicando una sobredosis de morfina o retirando un tratamiento y posteriormente declarando, sí y solo si se le pide, que “esta es una práctica médica normal”; o los casos donde no fue el médico tratante quien practicó la eutanasia, sino personal paramédico o incluso personal administrativo de la clínica. En efecto, una amplia encuesta realizada por los profesores G. Van der Maas & Van der Wal y que analiza detalladamente John Keown (2004), relativa a la opinión de los médicos holandeses sobre el término de la vida, manifiesta, que el aparato jurídico referente a la eutanasia establecido por los tribunales y la Real Asociación Médica Holandesa, no era lo suficientemente estricto para controlar con efectividad las prácticas de la eutanasia activa; por el contrario, concluye el estudio, que

Los médicos administraron drogas con el propósito explícito de apresurar la muerte sin una solicitud explícita del paciente...Se administraron drogas paliativas en dosis tan elevadas [...] que [...] casi seguramente acortaron la vida del paciente en 22500 casos (17,5% de todas las muertes) [...] Además los médicos retiraron el tratamiento sin solicitud previa del paciente en otros 25000 casos (Keown, 2004, p. 358).

La encuesta revela, entre muchas otras cosas, que las instrucciones previas no son respetadas por los médicos holandeses al momento de aplicar legalmente la eutanasia, sino que por el contrario, los médicos abrevian la vida, de pacientes en estado terminal, de tantas formas que ni los mismos Tribunales, ni la Real Asociación Médica Holandesa -RAMH- han logrado ser lo suficientemente estrictos con la eutanasia en Holanda, siendo cada vez más tolerada, sin un previo e informado consentimiento

Abreviar la vida de los pacientes constituye una alta probabilidad en los Países Bajos, con una supuesta configuración ético-legal difícil de evadir. El caso de la PR en Holanda puede ser iluminador a propósito de la despenalización de la eutanasia en Colombia, guardando las respectivas proporciones socio-culturales de contexto. Mencionemos algunas de las erosiones por donde pueden deslizarse las prácticas objetoras de conciencia a la eutanasia en Colombia: practicarla sin el cumplimiento de la reglamentación; aceptación de la eutanasia no voluntaria en pacientes incapaces de hacer la solicitud libre y expresa (como neonatos y pacientes con demencia senil); falta de formación en personas capaces de instrucciones previas o testamento vital; ausencia de unidades de cuidados paliativos como recurso previo a la eutanasia; falta de formación de médicos paliativistas; ausencia de clínicas del dolor y disponibilidad de opioides que garanticen una enfermedad con un mínimo de sufrimiento o sin él; tráfico de órganos; falta de una sólida formación (bio)ética y de toma de decisiones tanto de médicos y demás personal sanitario, como de pacientes; la autonomía de pacientes para tomar decisiones; precaria inversión de tecnologías de punta en clínicas y hospitales; déficit en la financiación del sistema de salud; falta de garantías para el ejercicio de la OC; negativa al derecho a objetar por parte de instituciones prestadoras de servicios de salud; ausencia de legislación farmacéutica. En síntesis, falta de cobertura, calidad y garantías en la prestación de servicios sanitarios, que dejan al descubierto a médicos y pacientes frente a una decisión de difícil resolución como es la eutanasia y el derecho a objetar.

Colombia representa una sociedad fracturada por guerras y violencias, donde los padres entierran a sus hijos, contra toda lógica natural y social; más aun haciendo analogía con la afirmación de Primo Levi (1989), un campo de batalla donde ni siquiera es posible distinguir “que vida merece la pena ser vivida” (p. 47), pues la vida misma ha perdido todo valor y significado, como ocurre frecuentemente en situación de conflicto. El campo social se convierte en campo de batalla imbricado de muerte, pobreza, marginación e ignorancia. Pero de igual modo que Levi, respondemos afirmativamente sosteniendo que ninguna experiencia humana carece de sentido ni es indigna de ser vivida y que, por el contrario, toda vida humana tiene un valor irreductible independiente de las circunstancias que le haya tocado vivir.

En realidad, la Colombia actual mantiene, desde hace más de cinco décadas consecutivas, la triste tradición de violación sistemática del derecho a la vida, en todas sus manifestaciones, a través del conflicto armado, siendo uno de los conflictos más antiguos y sangrientos de la historia contemporánea de América Latina. El informe ¡Basta ya! realizado por el Grupo de Memoria Histórica-GMH (2013) permite concluir que:

En este conflicto armado se ha causado la muerte de aproximadamente 220.000 personas entre el 1° de enero de 1958 y el 31 de diciembre de 2012. Su dimensión es tan abrumadora que si se tomara como referente el ámbito interno, los muertos equivalen a la desaparición de la población de ciudades enteras como Popayán y Sincelejo (p. 31).

Digamos finalmente que una democracia con tantas aristas como la colombiana, esto es con tantas PR por donde se puede erosionar la aplicación de las libertades individuales, sociales y culturales, despenalizar el artículo 326 del Código Penal Colombiano relativo a la muerte por piedad mediante las sentencias de la Corte Constitucional de Colombia C-239 de 1997, T-970 de 2014 y la Resolución 1216 de 2015 constituye un acto irresponsable del Estado, puesto que no están dadas las condiciones ni administrativas, ni biotecnológicas, ni educativas, ni financieras, que garanticen un idóneo “derecho a morir dignamente” como último recurso y no como la salida más fácil, rápida y económica para que pacientes con enfermedades terminales la soliciten. Más aún, no se ha implementado suficientemente la Ley 1733 de 2014 relativa a los cuidados paliativos en Colombia, para que enfermos terminales y familiares tengan acceso a un tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas de tipo psicopatológico, físico, emocional, social y espiritual. Esto queda evidenciado en el foro efectuado entre la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá y la Asociación Colombiana de Fisioterapia (2015), bajo el título: “La verdad sobre la eutanasia en Colombia.

En la misma sentencia C-239 (Constitucional de Colombia, 1997), en el salvamento de voto, el Magistrado José Gregorio Hernández Galindo se atreve a calificarla de insólita,

ya que son muy pocos los países en el mundo que se han atrevido a dar este paso, y no lo han dado por la vía jurisprudencial, sino por la legislativa, -que es la adecuada-, tras prolongados debates y discusiones a nivel de los distintos estamentos sociales (Constitucional de Colombia, 1997).

Además de irresponsable, la despenalización de la eutanasia en un país donde predomina una moral de corte judeo-cristiano se configura como una decisión ilegítima, aunque tenga pretensiones de legalidad, al no contemplar en las acciones y decisiones el principio de precaución que “exige no realizar aquellos comportamientos que pueden llegar a tener consecuencias graves en la sociedad” (Álvarez Gálvez e Íñigo, 2013, pp. 83-84).

Conclusiones

1. Después de tres lustros del siglo XXI, las sociedades han sido testigos de la emergencia de un sujeto social que plantea nuevos retos y desafíos a las comunidades y Estados que se autodefinen como liberales y democráticos, multiculturales y multiétnicos, plurales e incluyentes y laicos y seculares. Valga decir: *Estados neutrales* como su principal característica, en los que la OC como derecho fundamental adquiere un interés capital. El *status quaestionis* del hecho objetor a la eutanasia como derecho individual en Colombia adolece de un marco lógico-jurídico de hecho que permita plantear prácticas y discursos expeditos y claros al respecto. Este contexto nos lleva a concluir que el perímetro epistemológico de la objeción de conciencia a la eutanasia y consecuentemente sus prácticas objetoras siguen siendo muy incipientes y poco tratadas en Colombia, trayendo como consecuencia conflictos éticos y morales entre personal sanitario y pacientes, relativización del valor fundante de la vida humana, vulneración de derechos a personas como enfermos terminales, bajo o nulo tratamiento de pacientes con enfermedades degenerativas progresivas, con poca o nula esperanza de mejora y baja inversión científica y tecnológica en las unidades de cuidados paliativos.

2. El estado actual de la eutanasia en Colombia y, en esta, el derecho a objetar, conllevan acciones y decisiones (bio)ético-morales difíciles de resolver tanto para los comités de ética y el cumplimiento del código deontológico de la profesión sanitaria, como por los criterios que debe tomar el legislador a la hora de plasmar normativas biojurídicas encaminadas al bien común y a la preservación y defensa de la vida en general y de la vida humana en particular. En efecto, la Resolución 1216 de 2015 tiene como una de sus finalidades constituir y reglamentar los comités científico-interdisciplinarios para el derecho a morir con dignidad (conformados por un médico especialista, un abogado y un psiquiatra o psicólogo clínico); y enfatiza que ninguno de los partícipes del comité podrá ser objetor de conciencia.
3. La casi inminente legalización de la eutanasia en Colombia soporta el peligro que se está viviendo en Holanda y Países Bajos: que la eutanasia voluntaria conlleva a la involuntaria, incluso a la no voluntaria o suicidio, esto es, sin que exista un consentimiento informado o sustituto expreso y reiterativo y/o sin una enfermedad diagnosticada por un médico especialista como terminal, degenerativa, con un deceso no mayor a seis meses, o que no se ofrezcan los cuidados/tratamientos paliativos como alternativa viable del paciente y su familia.
4. De acuerdo con la Ley 100 de 1993, todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud tienen derecho a recibir cuidados paliativos, pero en la práctica esto es una quimera. La historia de los cuidados paliativos en Colombia es corta y marginal. La primera clínica del dolor y cuidados paliativos data de 1980, creada en Medellín. En la actualidad existen únicamente trece unidades de cuidados paliativos en el territorio nacional, en niveles tres y cuatro sin mayor cobertura a escala nacional, ya que están concentradas en las principales ciudades: Bogotá (5), Medellín (4), Cali (3) y Pasto (1). No hay suficientes paliativistas entrenados para todo el territorio nacional. Solo existen cuatro universidades que tienen en su formación posgradual paliativistas. De 57 facultades de medicina en Colombia al 2014, solo tres tienen en su plan de estudios cursos obligatorios de cuidados paliativos (Pastrana *et al.*, 2012, pp. 92-101). Solo hasta el 2014 se reglamentó en Colombia los cuidados paliativos a través de la Ley 1733 de 2014, la cual aún no

se ha implementado dadas las razones anteriores de limitación de unidades y formación en esta área de la medicina. La eutanasia se contempla como una última opción de ayuda cuando ya los cuidados paliativos no tienen más que ofrecer al paciente; por lo menos así se entiende en los países donde se ha legalizado (Bélgica, Holanda y Luxemburgo). En efecto, varios estudios han determinado que gran parte de los pacientes que solicitan la eutanasia, no lo hacen por querer la muerte en sí, sino como única posibilidad de poder aliviar el dolor.

- 5) Dar vía libre a la eutanasia en un país donde la vida ha perdido el valor esencial constituye un acto de irresponsabilidad y propende por una cultura de muerte por otros medios, ya no en el campo de batalla de las ciudades y los pueblos colombianos, sino en clínicas, hospitales y centros prestadores de servicios de salud.
- 6) Las conceptualizaciones sobre eutanasia, objeción de conciencia, enfermo terminal y otras relativas a los confines de la vida, son imprecisas y sin una interpretación más o menos uniforme, ni a escala internacional, y menos aún en Colombia; esto da cabida a una relativización de la vida misma y la objeción de conciencia, que se mueven en una circularidad que va desde la negación a la objeción de conciencia y la prolongación innecesaria de la existencia o tratamientos fútiles (distanasia), hasta abreviar la vida sin que se cumplan las condiciones mínimas requeridas de enfermo terminal, voluntad libre y expresa, cuidados paliativos adecuados y extensivos y reglamentación de la OC en forma restrictiva.

Conflicto de intereses: el autor declara la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole. Asimismo, la Universidad Católica Luis Amigó no se hace responsable por el manejo de los derechos de autor que los autores hagan en sus artículos, por tanto, la veracidad y completitud de las citas y referencias son responsabilidad de los autores.

Referencias

- Adorno, T. y Horkheimer, M. (2003). *Dialéctica de la ilustración. Fragmentos filosóficos*. Madrid, España: Trotta.
- Álvarez Gálvez e Íñigo. (2013). Sobre el argumento de la pendiente resbaladiza en la eutanasia. *Dilemata*, 5(11), 83-111.
- Aparisi Miralles, Á. (2007). Bioética, Bioderecho y Biojurídica. (Reflexiones desde la filosofía del derecho). *Anuario de Filosofía del Derecho*, 24, 63-84.
- Apel, Karl- Otto. (1985). *La transformación de la filosofía. Tomo I-II. Versión Castellana de Adela Cortina, Joaquín Chamorro y Jesús Conill*. Madrid, España: Taurus.
- Arboleda vallejo, M. (2013). *Código Penal Colombiano. Ley 599 de 2000. Ley 906 de 2004*. Bogotá, Colombia: Leyer Editores.
- Asamblea general del distrito federal. IV legislatura. Decreto por el que se expide la "Ley de Salud del Distrital Federal". México 2012. Recuperada de: http://www.paot.org.mx/centro/leyes/df/pdf/LEYES_AMBIENTALES_DF_PDF/LEY_SALUD_17_08_2012.pdf
- Arendt, H. (1998). *Los orígenes del totalitarismo*. Madrid, España: Alianza Editores.
- Bastian, J-P. (2012). Pluralización religiosa, laicidad de Estado y proceso democrático en América Latina. *Revista Ciencias Humanas*, 9(1), 11-27.
- Bobbio, N. (1977). *El Tercero ausente*. Madrid, España: Cátedra.
- Bejarano Ricaurte, A. y Castrellón Pérez, M. (2013). *La objeción de conciencia institucional frente a la interrupción voluntaria del embarazo*. Bogotá, Colombia: Editorial Universidad de los Andes. Recuperado de: <http://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/Los%20Andes.%200C%20institucional.pdf>

- Casado, M. (2013). El debate ético-jurídico sobre la objeción de conciencia en sanidad: apuntes sobre la situación en España. Ponencia, 3º Congreso internacional de bioética. Universidad de San Buenaventura.
- Código Civil Federal [Código]. (2013). Últimas reformas publicadas en el Diario Oficial de la Federación.
- Código Penal Colombiano [Código]. Ley 599 de 2000. Julio 24 de 2000. DO. N° 44.097 (Colombia).
- Congreso de la República. Ley 100 del 23 de diciembre de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- Constitución Política de Colombia [Const.] (1991). 2da Ed. Legis
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Const.]. (2017). Arts. 5. Febrero 24 de (Última reforma) 2017 (Estados Unidos Mexicanos).
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Const.]. (2017). Art. 7. Febrero 24 de (Última reforma) 2017 (Estados Unidos Mexicanos).
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Const.]. (2017). Arts. 24. Febrero 24 de (Última reforma) 2017 (Estados Unidos Mexicanos).
- Corredor, E. A. (2009). *Realismo jurídico y eutanasia. Comentarios al dilema Iusteórico de la reglamentación de la muerte digna en Colombia*. Bogotá, Colombia: Ediciones Universidad Católica de Colombia.
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-239 de 1997. Muerte digna. (M. P. Carlos Gaviria Díaz: mayo 20 de 1997).
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-970 de 2014. Muerte digna. Caso de persona con enfermedad terminal que solicita a su EPS realizar la eutanasia. (M. P. Luis Ernesto Vargas Silva: diciembre 15 de 2014).
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006. Despenalización del aborto en tres circunstancias excepcionales. (M. P. Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández: mayo 10 de 2006).

- Corte Constitucional. Sentencia.T-388 de 2009. Aborto inducido por malformación del feto. Decreto 4444/2006 que reglamenta a la prestación de unos servicios de salud sexual y reproductiva, conforme a la C-355/06. (M.P. Juan Carlos Henao Pérez. 28 de mayo de 2009)
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-728 de 2009. Objeción de conciencia al Servicio Militar Obligatorio. (MP. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. Octubre 14 de 2009).
- Corte Constitucional. Sentencia T-209 de 2008. Acción de tutela interpuesta contra la EPS Coomeva y el Hospital Universitario Erasmo Meoz de Cúcuta. ((M.P. Clara Inés Vargas Hernández. Febrero 28 de 2008)
- De Casas, I. y Toller, F. M. (2015). *Los derechos humanos de las personas jurídicas. Titularidad de derechos y legitimación en el sistema interamericano*. México: Editorial Porrúa.
- Del Río Álvarez, A. (2009). Algunos avances sobre la regulación de la eutanasia en América Latina: el caso de Colombia y México. *Perspectivas bioéticas*, 14(26-27), 162-167.
- Díaz Colorado (2009). El daño psicológico y la violencia política desde una perspectiva psicojurídica. *Revista Psicología científica* (11) 19, 34-48.
- Garrafa, V. (2014). Declaración de Helsinki y sus repetidos “ajustes” - Un tema fatigoso. *Revista Lasallista de Investigación*, 11(1), 35-40.
- Gafo, J. (2000). *10 Palabras claves en bioética. Eutanasia*. Navarra, España: Editorial Verbo Divino.
- Gherzi, C. A. (2002). *Daños morales y psicológicos*. Buenos Aires, Argentina: Astrea.
- Grupo Memoria Histórica. (2013). *Informe: ¡Basta ya! Memoria de guerra y dignidad*. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional.
- Hans K. (2009). *Teoría Pura del derecho*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Universidad de Buenos Aires.

- Habermas, J. (2002). *Teoría de la Acción Comunicativa*. Barcelona, España: Taurus.
- Horkheimer, M. (2003). *Teoría Crítica*. Madrid, España: Amorrortu.
- Iturralde, M. y Castrellón, M. (Compiladores). (2014). *La objeción de conciencia como un derecho. Estrategia jurídica para su reconocimiento frente al servicio militar*. Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Derecho.
- Juanquera de Estéfany, R. (2006). Bioderecho. Entre la vida y la muerte. Navarra. *Revista Derecho y Libertades*, (17), 241-251.
- Ley 1733 de 2014. Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan 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. Septiembre 8 de 2014. DO. N° 49268.
- Levi, P. (1989). *Trilogía de Auschwitz*. (Trad. Pilar Gómez Edate). Madrid, España: El Aleph Editores.
- Llanos Escobar, A. (2010). *Objeción de conciencia institucional*. Bogotá, Colombia: Ediciones Pontificia Universidad Javeriana.
- Keown, J. (Compilador). (2004). *La eutanasia examinada. Perspectivas éticas, clínicas y legales*. México: Fondo de Cultura Económico.
- Martín Sánchez, I. (2007). *La objeción de conciencia del personal sanitario. Libertad religiosa y derecho sanitario*. Madrid, España: Fundación Universitaria Española.
- Martín Sánchez, I. (Coordinador). (2010). *Libertad de conciencia y derecho sanitario en España y Latinoamérica*. Granada, España: Comares Editorial.

Resolución 1216 de 2015 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Organización y funciones de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir dignamente. Abril 20 de 2015.

Navarro-Valls, R. y Martínez Torrón, J. (2012). *Conflictos entre conciencia y ley. Las objeciones de conciencia* (2° ed.). Madrid, España: Universidad Complutense.

Nussbaum, M. (2012). Libertad de conciencia: el ataque a la igualdad de respeto vivir en democracia implica respetar el derecho de las personas a elegir estilos de vida con los que no estoy de acuerdo. *Praxis Filosófica*, 35, 305-309.

Papacchini, A. (2010). *Derecho a la vida*. Cali, Colombia: Ediciones Universidad del Valle.

Parekh, B. (2005). *Repensando el multiculturalismo. Diversidad cultural y teoría política* (Trad. S. Chaparro). Madrid, España: Istmo.

Pastrana, T., De Lima, L., Wenk, R., Eisenclas, J., Monti, C., Rocafort, J. y Centeno, C. (2012). *Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica ALCP*. Houston: IAHPC. Recuperado de http://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/08_Colombia.pdf

Prieto, V. (2013). *La objeción de conciencia en instituciones prestadoras de servicios de salud*. Bogotá, Colombia: Editorial TEMIS, Universidad de la Sabana.

Prieto, V. (2011). *Estado laico y libertad religiosa. Antecedentes y desarrollo de la Constitución colombiana de 1991*. Bogotá, Colombia: Universidad de la Sabana y Biblioteca Jurídica Dike.

Rawls J. (2012). *Teoría de la Justicia*. México: Fondo de Cultura Económica.

Thoureau, H. D. (2008). *Desobediencia civil y otros textos*. Buenos Aires, Argentina: Terramar. Recuperado de https://archive.org/details/DesobedienciaCivil_201403

Universidad Nacional de Colombia y Asociación Colombiana de Fisioterapia (noviembre de 2015). *La verdad sobre la eutanasia en Colombia*. Bogotá.

Vega Gutiérrez, J. y Ortega, Í. (2007). La “pendiente resbaladiza” en la eutanasia en Holanda. *Cuadernos de Bioética*, 18(62), 89-104.

Vila-Coro, M. D. (2005). El marco jurídico en la bioética. *Cuadernos de Bioética*, 16(58), 313-321.

Villaneda Benedetti, A. y Parody, G. Proyecto de ley Estatutaria 05 de 2007. Senado. Por la cual se reglamentan las prácticas de la eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia. Radicado en Senado, 20/07/2007). Recuperado de:

http://www.imprenta.gov.co/gacetap/gaceta.mostrar_documento?p_tipo=18&p_numero=05&p_consec=15955