

Eutanasia: sentir de los médicos colombianos que trabajan con pacientes terminales
René Fernando Rodríguez Jurado, M.D.¹, Fernando Rodríguez Holguín²

RESUMEN

El presente estudio pretende conocer el concepto con relación a la eutanasia de los médicos colombianos que trabajan con pacientes terminales de cáncer y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Por trabajar con personas en estado terminal de la enfermedad, este tipo de profesionales se ve enfrentado a diario con la muerte de sus pacientes y con la solicitud de eutanasia por parte de estos o de sus familiares. Trata además de ver qué tan frecuente es la solicitud de eutanasia en Colombia y qué reacción desata en el médico su solicitud. Esta investigación se realizó en 1997 en Colombia a través de encuestas de opinión efectuadas en junio durante el VII Congreso Nacional de Dolor en Cartagena, Colombia, y durante el III Simposio Nacional sobre Dolor Agudo, Crónico y Atención de Pacientes con Cáncer Terminal en Cali en septiembre y a través de encuestas enviadas por correo aéreo a todas las ciudades capitales. Se encontró que la mayoría de los médicos que trabajan con pacientes terminales son anestesiólogos, que 50% de los profesionales ha recibido al menos una vez la solicitud de eutanasia y que la solicitud se hace generalmente por parte del paciente con o sin consentimiento de sus familiares; 40% de los médicos está dispuesto a realizar la eutanasia si el paciente se lo solicita y está sufriendo; 83% de los encuestados eran católicos; de estos, 8% aceptó haber realizado la eutanasia activa mientras que 30%, la eutanasia pasiva. Entre las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín y Cartagena se concentró 74% de los encuestados. Bogotá se caracterizó por ser la más conservadora en cuanto a la realización de eutanasia por parte de sus médicos y en cuanto a la solicitud de eutanasia por parte de sus pacientes.

Palabras claves: Eutanasia activa. Criptanasia. Eutanasia pasiva. Suicidio asistido. Paciente terminal.

Etimológicamente la palabra eutanasia viene del griego *eu* (bien) y *thanatos* (muerte) y significa buena muerte, muerte apacible, sin sufrimiento¹; trae implícito el hecho de que se toma una conducta con el fin de lograr la muerte para evitar que continúe el sufrimiento, por piedad, sin intereses mezquinos o económicos.

La Asociación Médica Mundial la define como "el acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente, ya sea por su propio requerimiento o a petición de sus familiares"². También se define como toda actuación cuyo objetivo es causar la muerte a un ser humano para evitarle sufrimientos, bien a petición de éste, bien por considerar que su vida carece de la calidad mínima

para que merezca el calificativo de digna; el objetivo buscado debe ser la muerte³.

Existen dos grandes tendencias: la de los defensores, que consideran la eutanasia como un fin digno para los enfermos terminales que sufren grandes y largas agonías. Parten de la consideración de que se debe poner fin a los sufrimientos atroces, especialmente cuando la muerte es inevitable, toda vez que pese a aceptar que la vida puede girar a través de una concepción teocéntrica, consideran que la vida es patrimonio exclusivo de cada individuo y que puede disponer de ella; se erige como un derecho del hombre. No se presenta la eutanasia como una eliminación de la vida sino como una ayuda al bien morir; parte de la

consideración de que el hombre tiene derecho a una muerte digna.

Si bien es cierto que se acepta la existencia de un ser superior, creador de todos los seres, no es menos que fundamentan en la fe una ayuda eficaz para resistir e incluso superar el miedo a la muerte¹. Los opositores afirman que la eutanasia no pasa de ser una salida fácil, cobarde y peligrosa ante una situación de sufrimiento. La consideran como una falta grave del deber de respetar la vida humana. Desde la perspectiva judeocristiana es un pecado grave contra el quinto mandamiento. Es un homicidio si se realiza sin consentimiento del paciente y homicidio-suicidio si se lleva a cabo a petición del paciente.

Uno de los principios fundamentales de la ley natural y cristiana, es que el hombre no es señor y propietario sino administrador del propio cuerpo y de la propia existencia⁴. Se

1. Anestesiólogo-Algesiólogo. Coordinador de la Clínica para Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, Instituto de Seguro Social. Docente, Facultad de Medicina, Universidad Libre. Profesor Adjunto de la Universidad del Valle. e-mail: renerod@univalle.edu.co

2. Estudiante, V año de medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

critica la ideología de la calidad de vida al partir de la consideración de que en muchos casos todo lo esencial de la calidad de vida se reduce a la comodidad, a un aumento de la cantidad, y a estimar que los contenidos de una calidad de vida son superiores a la vida misma: una vida de escasa calidad no merece ser vivida. Agregan los opositores a la eutanasia que la medida de esa calidad es meramente hedonista y utilitarista^{5,6}.

La calidad de vida es materia de discusión en cualquier sociedad a la que pertenece el sujeto, esto es, dada la constitución biológica o psico-neural de los seres humanos puede variar justamente con el tipo de comunidad o momento histórico que pone de presente el móvil altruista para defender o no la eutanasia^{7,8}. Los indicadores sociales de la calidad de la vida son cambiantes en la sociedad contemporánea; por ejemplo, pueden servir para ella, pero no para otras anteriores o posteriores.

El pronunciamiento de la Corte Constitucional expresado a través de la sentencia T del 20 de mayo de 1997, sirvió de marco a la realización de este trabajo. Realmente el diseño del instrumento para la recolección de información se realizó con anterioridad, pero la información se comenzó a recolectar unos días después. Dicho pronunciamiento no significa dar vía libre a la eutanasia en Colombia; es la revisión de la pena lo que se definió en el fondo; la sentencia lo que hizo fue aprobar la no-sanción penal al médico que ayude a morir un enfermo terminal declarado incurable que hubiese dado su consentimiento¹. Es difícil saber si las respuestas hubieran sido diferentes antes del pronunciamiento de la corte; de todos modos la encuesta se mantuvo inmodificable.

Se ha especulado mucho, principalmente durante los últimos meses, con relación al pronunciamiento de

la corte constitucional sobre la despenalización de la eutanasia en Colombia. Se comenta que los legisladores no tuvieron en cuenta los criterios de los médicos ni de los pacientes antes de aprobar las leyes que los involucran y afectan en forma directa o indirecta.

Este trabajo pretende recoger de manera directa, la forma de pensar y de actuar de los médicos colombianos (MDCS) que trabajan con pacientes terminales (PT) de cáncer y SIDA, y de una forma indirecta el pensar y el sentir de los pacientes y de sus familiares.

El estudio tiene como objetivos específicos, los siguientes:

1. Identificar con qué frecuencia los médicos que trabajan con PT de cáncer y SIDA reciben solicitudes de:
 - Realizar la eutanasia por parte de los mismos PT.
 - Realizar la eutanasia, por parte de los familiares de los PT.
2. Determinar si:
 - Han realizado la eutanasia activa.
 - Han realizado la eutanasia pasiva.
 - Han orientado a los familiares y/o pacientes para aplicar alguna técnica tendiente a poner fin a la vida (suicidio asistido).
3. Por último se pretende saber:
 - Cuál es la opinión y la actitud del médico frente a la eutanasia y cuáles los posibles factores que lo orientan para aprobarla o rechazarla.
 - Si aplicarían la eutanasia en un paciente terminal, que así lo solicite.

MATERIALES Y MÉTODOS

Con el propósito de encuestar a la mayor cantidad de médicos que trabajan en Colombia con PT de cáncer y SIDA, se realizaron las encuestas de la siguiente manera:

- a. Durante el VII Congreso Nacio-

nal de Dolor realizado en Cartagena en junio de 1997 por la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor (ACED).

- b. Durante el III Simposio Nacional sobre Manejo del Dolor Agudo, Crónico y Atención de Pacientes con Cáncer Terminal realizado en Cali en septiembre de 1997 por la Clínica para Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto de Seguro Social y la Universidad Libre de Cali.

- c. Se enviaron 250 cartas a los médicos residentes en todas las ciudades capitales de Colombia. Los nombres se obtuvieron de las listas de participantes en el I y II Encuentro Nacional de Clínicas para Alivio del Dolor realizados en Bogotá y Cartagena respectivamente, y a través del directorio telefónico de las ciudades capitales. Se enviaron en total 250 cartas en las que se explicó a los médicos el objetivo del estudio y se solicitó omitir el nombre del remitente para garantizar la reserva y privacidad de la información; se anexó el instrumento para la realización de las encuestas.

Para evitar confusiones con los términos consultados en la encuesta, se anexó una hoja en la que se definieron y explicaron los términos utilizados, así:

Eutanasia activa, consiste en proporcionar conscientemente la muerte a una persona gravemente enferma por medio de una acción positiva, como una inyección de sustancias letales¹. Implica obrar de un modo considerado directo y lleva a la toma de una conducta activa para producir la muerte.

Eutanasia pasiva, consiste en provocar la muerte mediante la omisión deliberada de un cuidado necesario para la supervivencia. Es no proporcionar a una persona en estado terminal una terapia que

prolongue su vida¹. Es dejar de utilizar cualquier método específico para seguir manteniendo la vida de una persona irrecuperable desde el punto de vista «salud y calidad de vida». Implica dejar de obrar en forma consciente, y lleva a la toma de una conducta pasiva y expectante tendiente a que la enfermedad produzca la muerte de la persona, a sabiendas de que si se interviene, la muerte podría posponerse.

Para fines de este estudio se definió como **suicidio asistido** al hecho de que el paciente o los familiares con su consentimiento, tomen una conducta activa tendiente a poner fin a la vida del paciente en estado terminal (inyectar una sustancia letal), bajo la orientación o enseñanza del médico.

Se define como **paciente terminal** al que padece una enfermedad en progresión sin posibilidades actuales de curación, en el que se espera que los tratamientos específicos convencionales fracasen¹¹. Paciente terminal es aquel que presenta un estado clínico que provoca expectativa de muerte en breve plazo; cuando la esperanza de vida es corta, no superior a dos meses, con insuficiencia de órganos o sistemas y complicaciones irreversibles finales¹².

Los criterios diagnósticos de la fase terminal son: a. Enfermedad causante de evolución progresiva. b. Estado de enfermedad grave inferior a 40/100 en la escala de Karnofski¹³. c. Perspectiva de vida no superior a dos meses. d. Insuficiencia de órganos. e. Ineficacia comprobada de los tratamientos. f. Ausencia de tratamientos alternativos útiles para la curación o aumento de la supervivencia. g. Complicaciones irreversibles finales¹⁴.

Con los datos obtenidos se realizó un análisis de frecuencias y proporciones, y se realizaron cruces entre

las diferentes variables para ver de qué manera una de ellas puede afectar a las demás.

RESULTADOS

Se recibieron 11 respuestas por correo, de las 250 enviadas, lo que arroja un total de 4.4%. Las restantes, para completar una muestra total de 78 encuestas, se obtuvieron en el Congreso y Simposio Nacional de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos.

Se realizó en primer lugar un análisis de frecuencias y una relación porcentual de los hallazgos así:

Edad. Se encuentran en el rango de edad comprendido entre 30 y 40 años 60% de los MDCS.

Género. Se encuestaron 70 MDCS pertenecientes al género masculino (90%) y 8 de género femenino (10%).

Entidad. Trabajan simultáneamente en entidades públicas y privadas 43% de los MDCS, mientras que sólo 24% trabaja exclusivamente en entidades privadas.

Especialidad. La mayoría de MDCS son anestesiólogos (37%), seguidos por los oncólogos y los médicos generales.

Tipo de enfermedad. Trabajan exclusivamente con pacientes de cáncer 77% de los MDCS, mientras que sólo 5% trabaja exclusivamente con pacientes de SIDA.

Solicitud de eutanasia. Afirma 50% de los MDCS que ha recibido al menos una vez durante su práctica médica la solicitud de eutanasia por parte de pacientes o familiares.

¿Quién solicita la eutanasia? Proviene 36% de las solicitudes de los pacientes sin conocimiento de sus familiares y 20% lo solicitaron los pacientes con consentimiento de los familiares; 32% provienen de los familiares sin consentimiento de los pacientes.

Orientación sobre suicidio asistido. Del total de los MDCS 9%

afirmaron haber orientado a familiares y/o pacientes sobre cómo poner fin a la vida para evitar el sufrimiento. De estas orientaciones, 44% fueron realizadas por médicos que trabajan exclusivamente en entidades públicas y 11% por médicos que trabajan exclusivamente en entidades privadas. Sólo un médico por ciudad aceptó haber intervenido en suicidio asistido en Bogotá, Medellín y Cartagena, mientras cinco médicos lo aceptaron en Cali.

Realización de eutanasia y criptanasia. Afirma 10% de los MDCS que ha realizado la eutanasia activa y 32% la pasiva. Han realizado la eutanasia activa por decisión personal (criptanasia) 8% de los MDCS sin que los familiares o los pacientes se lo soliciten. De estos médicos, 50% pertenecen exclusivamente a entidades públicas, mientras que 17% pertenecen a entidades privadas. Ningún médico aceptó en Bogotá haber realizado la eutanasia activa por iniciativa propia, mientras lo aceptaron uno en Cali, dos en Medellín y dos en Cartagena.

¿Realizaría la eutanasia? Después de preguntarles a los MDCS si están dispuestos a realizar la eutanasia en el supuesto caso de que un paciente terminal que sufre se lo solicite, 40% respondieron en forma afirmativa. De estos médicos, 36% pertenecen a entidades públicas y 26% a privadas. Los demás laboran simultáneamente en entidades públicas y privadas. En Bogotá 15% de los médicos aprueba que realizaría la eutanasia por solicitud del paciente, mientras que bajo estas condiciones la realizaría 46% de los MDCS encuestados en Cali, 50% de los de Medellín y 56% de los de Cartagena.

Ciudad. Del total de encuestados 74% laboraban en las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín y Cartagena; afirmó haber recibido solicitudes

para realizar la eutanasia 39% de los médicos que labora en Bogotá, 65% de los que trabaja en Cali y 80% de Medellín.

Religión. Del total de encuestados 82% afirmaron pertenecer a la religión católica, mientras que 14% no pertenecía a ninguna religión; 8% de los médicos católicos acepta haber realizado la eutanasia activa, mientras que lo acepta 21% de los que no pertenece a ninguna religión; 30% de los católicos acepta haber realizado la eutanasia pasiva, mientras que lo acepta 48% de los que no profesan ninguna religión; 6% de los MDCS católicos aceptó haber orientado el suicidio asistido, mientras que 29% lo aceptó de los que no pertenecen a ninguna religión; 8% de los MDCS católicos aceptó haber realizado la eutanasia activa por iniciativa propia, mientras lo aceptó 21% de los no religiosos; 36% de los MDCS católicos acepta que realizarían la eutanasia activa por solicitud del paciente, mientras que lo acepta 73% de los no religiosos.

Sentimiento que genera la solicitud de eutanasia. Del total de médicos encuestados 32% afirmó que cuando se les solicitó la realización de la eutanasia, sintieron ansiedad, compasión y piedad.

Motivadores para la no realización de la eutanasia. Del total de encuestados 30% le preocupa principalmente los aspectos legales, mientras que 21% le preocupa sus principios éticos. A pesar de que 82% de los encuestados eran católicos, sólo 6% expresó preocupación por sus principios religiosos; para 31% de los MDCS católicos y 27% de los no religiosos los aspectos legales son los más importantes; 27% afirmó no sentir ningún impedimento.

Solicitud de eutanasia y entidad laboral. Han recibido la solicitud para realizar la eutanasia 31% de los encuestados que trabajan en enti-

dades públicas y 58% de los que trabajan en entidades privadas.

DISCUSIÓN

La mayoría de los médicos que trabaja con pacientes terminales es joven, perteneciendo al rango de 30 y 40 años. El número pequeño de mujeres que respondieron no permite sacar conclusiones valederas con relación al género.

Es evidente que el campo de acción de la anestesiología se está ampliando cada día más y que un gran número de anestesiólogos está dedicado a la atención de pacientes terminales, por lo que los tópicos relacionados con el dolor, el sufrimiento, la eutanasia y la muerte les resultan familiares y de suma importancia.

La gran mayoría de los MDCS labora simultáneamente en dos entidades como mínimo, lo que aumenta el estrés y el agotamiento profesional de los practicantes.

Es importante analizar si se está dando la suficiente atención a los pacientes terminales de SIDA y de otras enfermedades, pues se nota que el recurso humano está dirigido principalmente a los pacientes con cáncer.

Es importante ahondar en los conocimientos filosóficos y humanos relacionados con la eutanasia, pues si se considera que 50% de los MDCS se la han solicitado al menos una vez, se concluye que su solicitud es un hecho relativamente frecuente entre los pacientes terminales. En la mayoría de los casos (56%) la solicitud fue realizada por los mismos pacientes con o sin conocimiento de los familiares, pero en más de 30% estas solicitudes se realizan sin el consentimiento de los pacientes involucrados en la toma de decisiones relacionadas con su cuerpo y su estado.

A pesar de que la mayoría de los

suicidios asistidos se realizaron en Cali, su práctica es muy baja en el Valle del Cauca al igual que en toda Colombia. La realización de la eutanasia activa por iniciativa propia del médico es aún más baja, lo que refleja el respeto por la vida y las decisiones de los pacientes.

El estudio destaca que 40% de los MDCS estarían dispuestos a realizar la eutanasia, respetando como se dijo antes, sus decisiones. Es importante anotar que la práctica de la eutanasia es más aceptada por los MDCS que laboran en entidades públicas que en las privadas, a pesar de que la mayoría de solicitudes se realizaron a los médicos que laboran en entidades privadas. Sería importante discutir si el vínculo afectivo que une a los médicos con los pacientes de cada tipo de entidad y el tiempo y el grado de confianza que cada médico ofrece a sus pacientes influye en la frecuencia con que se realiza la solicitud.

Ciudades como Bogotá se muestran más conservadoras y renuentes a su práctica, al compararlas con ciudades como Medellín y Cali. Cabe anotar también que proporcionalmente, en Bogotá se presentan menos solicitudes de eutanasia por parte de los pacientes, que en Cali y Medellín.

Es relevante el hecho de que casi la tercera parte de los MDCS católicos acepta haber realizado la eutanasia activa y que 62% la pasiva, y que sólo 6% expresó en primer lugar, preocupación por sus principios religiosos, mostrándose más preocupados por los aspectos legales.

Otros países como Holanda ven en la eutanasia voluntaria una manifestación aceptable de la libertad individual. Pero esa misma sociedad también acepta la eutanasia involuntaria y la denegación de cuidados que pudieran salvar la vida cuando se aplican a pacientes terminales, a sujetos con graves deficiencias, a

ancianos y a ciertos enfermos sin familia⁹. En esa sociedad algunos pacientes temen a sus propias familias porque podrían decidir acerca de su muerte. Algunos médicos se han constituido en los únicos expertos en cuestiones de vida o muerte, y se les ha transferido la responsabilidad de poder administrar la muerte sin dolor; el médico abandona su oficio de observador científico y de protector compasivo de la vida¹⁰.

CONCLUSIONES

Aunque en Colombia a diferencia de otros países, es poco frecuente que se tomen este tipo de decisiones sin el consentimiento del paciente, este estudio muestra que su solicitud y su práctica no son infrecuentes y que los médicos y sus alumnos se deben preparar para que afronten este tópico con realismo y entereza, dejando a un lado el fanatismo y el misticismo, que no pocas veces impiden el análisis adecuado de una realidad tan palpable, tan humana y tan nuestra como es el sufrimiento

humano ante enfermedades incurables e irrecuperables y el deseo del paciente de terminar ese sufrimiento a través de la muerte.

AGRADECIMIENTOS

Al doctor Guillermo Llanos y a su grupo de estadística de la Universidad del Valle, y a la docente de Postgrado en Epidemiología de la Universidad Libre de Cali Martha Cecilia Alzate por su colaboración en el diseño del instrumento y análisis estadístico de la información.

REFERENCIAS

1. Zapata GH. Eutanasia. En: Rodríguez RF. *Medicina del dolor y cuidados paliativos*. Cali; Editorial Universidad Libre, 1998. Pp. 454-62.
2. Asociación Médica Mundial. *Declaración de la XXIX Asamblea*. Madrid, octubre de 1987.
3. Comité para la Defensa de la Vida de la CEE. *La eutanasia. Cien preguntas y respuestas*. Madrid; EDICEP, 1993.
4. Gafo J. *La eutanasia y el arte de morir*. Madrid; Editorial Pontificia. 1989. Pp. 1-18.
5. Jiménez L. *Libertad de amar y derecho a*

morir: Ensayo de un criminalista sobre eugenesia y eutanasia. 7ª ed., Buenos Aires; Depalma, 1984. Pp. 5-15.

6. Papacchini A. *Filosofía y derechos humanos*. Cali; Editorial Universidad del Valle, 1994. Pp. 1-16.
7. Peinado J. *Dolor y muerte digna. Bioética biológica*. Madrid; Ediciones Paulinas, 1995. Pp. 2-22.
8. Zapata GH. *La eutanasia a la luz de la moral, de la medicina y del derecho*. Cali; Universidad Santiago de Cali, 1979. Pp. 1-30.
9. Muñoz JD, González B. Aspectos éticos en la fase terminal: Eutanasia, ensañamiento terapéutico y medicina paliativa. En: González MB. *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid; Editorial Panamericana, 1996. Pp. 1231-42.
10. Rodríguez M. *¿Eutanasia o autanasia? Por una muerte digna*. México; Editorial el Manual Moderno, 1996. Pp. 1-91.
11. Doyle D. Hanks and Macdonald. *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford Medical Publications, 1994.
12. Sanz J. Enfermedad progresiva y ética. *Med Clin* 1990; 94: 137-39.
13. Murillo E. La calidad de vida del enfermo neoplásico. En: González MB. *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid; Editorial Panamericana, 1996. Pp. 75-6.
14. Sanz J, Gómez B, Gómez S, Nuñez J. *Cuidados paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos*. Madrid; SECPAL, 1990.