

# De la muerte inexorable a la muerte escogida

## From inexorable death to chosen death

Eduardo Díaz Amado<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Pontificia Universidad Javeriana, Instituto de Bioética, Bogotá, Colombia..

La apertura de la primera unidad de cuidados intensivos colombiana en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, a principios de la década de 1970, fue un gran paso para el avance de la medicina en Colombia, y un escenario que reveló la necesidad de pensar el uso adecuado de la tecnología en el campo médico y en situaciones de cuidado crítico<sup>1</sup>. Luego, la llegada en 1979 de la *Fundación Pro- Derecho a Morir Dignamente* -inicialmente *Fundación Solidaridad Humanitaria*-, que introdujo el primer *documento de voluntad anticipada* en el país, abrió un espacio en la sociedad para reflexionar sobre los límites de la medicina en la atención al final de la vida<sup>2</sup>.

Había una preocupación, como en muchos otros lugares del mundo, por la deshumanización del morir, es decir, porque las personas cada vez más morían en el espacio frío y controlado del hospital, lejos de sus seres queridos, y sometidos a los dictámenes de una medicina altamente tecnologizada pero cada vez menos cercana a los deseos de los pacientes<sup>3,4</sup>.

Para el sacerdote jesuita Alfonso Llano Escobar<sup>5</sup>, uno de los pioneros de la bioética en Colombia, la principal cuestión bioética en Colombia en la década de 1980 era la prolongación de la vida de los pacientes, gracias al poder de la medicina. Citaba el incremento en la cantidad de eventos académicos dedicados a discutir esta cuestión en aquella época. Para Llano Escobar era evidente que el enorme desarrollo de la tecnología médica había convertido en un problema el morir en estos tiempos. La medicalización de la vida y de la muerte avanzaban a pasos agigantados, lo que estaba relacionado con la deshumanización que se experimentaba en las instituciones de salud<sup>6</sup>.

Surgió entonces la pregunta sobre cómo evitar el sufrimiento innecesario que traía la prolongación de la vida en pacientes terminales por el uso sin límites de la tecnología y porque los médicos suelen ser formados para *hacer y hacer*, pero no para pensar, cuándo detenerse o reorientar sus esfuerzos terapéuticos. Un problema que sigue presentándose aún hoy, a más de 30 años de haberse iniciado estas reflexiones en Colombia<sup>7</sup>.

Hoy sabemos que una lucha sin cuartel contra la muerte es equivocada, pues la muerte es un enemigo invencible (hasta el universo, que parece infinito y eterno, tiene sus días contados, así tengamos que contarlos en eones). Una lucha que parece más racional y con más posibilidades de éxito es la que la sociedad y la medicina pueden dar contra el sufrimiento, el dolor y la pérdida de calidad de vida. La humanización del morir llegó entonces de la mano de una crítica a la distanasia o encarnizamiento terapéutico, como también se conoce. Se comenzó, entonces, a hablar de derechos de los pacientes, de bioética, de respeto por la autonomía y de uso adecuado de los recursos limitados en el campo de la atención en salud.

En la década de 1990 vendrían otra serie de transformaciones que también impactarían los modos de concebir el uso de la tecnología médica y la atención al final de la vida. Una transformación sociopolítica y cultural muy importante ocurrió en Colombia por cuenta de una nueva constitución política en el año 1991. Esta constitución hablaba de derechos fundamentales para el individuo, de respeto por la autonomía personal, lo que implicaba menor injerencia del Estado en cuestiones de la vida privada.

El discurso sobre la libertad de elección y el ascenso de la autonomía personal como principio ético en la sociedad no solo fue una gran apuesta de la nueva constitución, sino también el efecto

<sup>1</sup>Una pregunta que surge es: ¿cuáles son los “somos” de hoy?



### ACCESO ABIERTO

**Citación:** Díaz AE. **De la muerte inexorable a la muerte escogida.**

Colomb Méd (Cali), 2022;  
53(4):e4015619

<http://doi.org/10.25100/cm.v53i4.5619>

**Recibido:** 12 Mar 2022

**Revisado:** 22 Ago 2022

**Aceptado:** 22 Oct 2022

**Publicado:** 30 Dic 2022

### Palabras clave:

Muerte, inexorable, deshumanización, paciente, bioética.

### Keywords:

Death, inexorable, dehumanization, patient, bioethics.

**Copyright:** © 2022 Universidad del Valle



Todas las opiniones son responsabilidad del autor

### Autor de correspondencia:

Eduardo Díaz Amado. Pontificia Universidad Javeriana, Instituto de Bioética, Bogotá, Colombia. **E-mail:** [eduardo.diaz@javeriana.edu.co](mailto:eduardo.diaz@javeriana.edu.co)

de nuevos vientos ideológicos que soplaban en la región. La ola de ideología neoliberal que arribó a Latinoamérica desde la década de 1980 promovía, entre otros, la idea de que el individuo es una especie de gerente de sí mismo y de que el Estado debe reducirse a su mínima expresión <sup>8</sup>.

El ascenso de la autonomía personal como valor fundamental en la sociedad, que tiene rango constitucional en Colombia a través del Artículo 16 de la Constitución Política de 1991 <sup>9</sup> en el Artículo 16, abrió el camino para que las personas asumieran plenamente decisiones sobre su propia vida. En esta misma década surge también un sistema de salud que integra discursos relacionados con el mercado, la oferta y la demanda y, de nuevo, la autonomía y la libre elección <sup>8</sup>. Es también la época en que surge con fuerza el discurso de la bioética en Colombia, lo que no es casual, pues la bioética de corte principialista y anglosajón que arribó a nuestro país hacía énfasis justamente en el respeto por la autonomía, y en los problemas éticos relacionados con el desarrollo biotecnológico un sistema de salud como el que estaba naciendo <sup>8</sup>.

Es en este contexto la Corte Constitucional se pronunció en la sentencia C-239 <sup>10</sup>, que partió en dos la historia del morir dignamente y la eutanasia en Colombia. Esta sentencia abrió la posibilidad de que en Colombia se practicara el homicidio por piedad bajo ciertas condiciones: enfermedad terminal, intenso sufrimiento o dolor difíciles de manejar, solicitud libre y autónoma del procedimiento y que este lo realice un médico. Para Mendoza et al. <sup>11</sup>, la “eutanasia es ayudar a morir al que ya está muriendo, por solicitud de este, buscando una muerte fácil, apacible y sin dolor. El dilema no está entre la vida y la muerte, sino en cómo elige morir. En quienes no tienen una enfermedad terminal, la pregunta es si la vida propia justifica ser vivida. No están abocados a una muerte inminente, pero desean morir” (p. 326).

Sobre esta sentencia ha habido bastante polémica desde el momento mismo en que se conoció <sup>4</sup>. Sin embargo, aunque se trata de un debate, es interminable, no por ello es inoficioso seguir discutiendo la cuestión; hay asuntos y aspectos que pueden matizarse, y se puede ganar en claridad, así como llegar a algunos acuerdos. Durante los años que siguieron a la sentencia C-239 <sup>10</sup>, Colombia entró en una especie de *zona gris jurídica* por cuenta de la inoperancia del Congreso de la República para regular la materia. Las iniciativas legislativas que se presentaron fracasaron, y así las personas y las instituciones en Colombia seguían sin tener claro a qué atenerse. Aun así, la eutanasia parecía poder realizarse, pero no dentro de los linderos del sistema de salud. El médico Gustavo Quintana, una especie de Dr. Kevorkian en el caso colombiano, solía aparecer en los medios de comunicación diciendo que él practicaba eutanasias, pero nunca enfrentó cargos criminales por esto. Al mismo tiempo, en las instituciones de salud la eutanasia seguía siendo tema tabú y toda solicitud para llevar a cabo este procedimiento era negada.

Ante la ausencia de legislación del Congreso de la república, llevó a la Corte Constitucional a emitir la sentencia T-970 <sup>12</sup> en la que ordenaba al Ministerio de Salud y Protección Social a establecer los lineamientos para la solicitud de eutanasia. Se trató de una jurisprudencia, en el caso de una mujer a la que una entidad de salud le había negado y se cumplió con la expedición de la Resolución 1216 <sup>13</sup>, en la que se reconocía la autonomía del enfermo terminal y su derecho a morir con dignidad, lo que incluía el procedimiento de la eutanasia si el paciente así lo deseaba.

En paralelo, el Congreso de la República expidió la Ley 1733 <sup>14</sup>, o Ley Consuelo Devis Saavedra, como homenaje a una mujer que estuvo en coma por 14 años, que establece la obligación en Colombia de proveer cuidados paliativos a quienes así lo requieran. Sus cuidados estuvieron a cargo de su esposo pues en el país no se contaba con un marco regulatorio para la prestación de servicios de cuidado paliativo y manejo de enfermos terminales o con enfermedades crónicas de gran afectación para la persona. Hoy en día la prestación adecuada de dichos servicios es obligatoria. Por el contrario, su ausencia lleva a causarle daño a las personas que están en situación de terminalidad o cronicidad y puede representar una pérdida de oportunidad para el manejo adecuado de su salud <sup>15</sup>.

Pero es necesario aceptar que, aun recibiendo atención médica de calidad -incluyendo cuidados paliativos-, y contando con un adecuado soporte emocional y unos mínimos materiales de existencia, algunas personas pueden, en todo caso, insistir en solicitar su propia muerte cuando sufren de una enfermedad incurable e incapacitante, sea que estén en estado terminal o no. Es entonces cuando hablamos de **eutanasia y suicidio asistido**. En el primer caso, se ocasiona la muerte a alguien para liberarlo de un dolor o sufrimiento inaguantables e incurables, considerados así por la propia persona. En el segundo, la persona se ocasiona a sí misma la muerte, aunque puede recibir ayuda de otros, como lo hizo Ramón Sampederro en España en 1998 y cuyo caso fue recreado en la película *Mar adentro*, de Amenábar <sup>16</sup>.

Luego, con la sentencia T-540<sup>17</sup> de la Corte Constitucional, se reconoció el derecho de acceder a la eutanasia para los niños, niñas y adolescentes. En esta sentencia se asumió la autonomía personal en un sentido dinámico y progresivo. El Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 825<sup>18</sup>, para “hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños”. Más recientemente, con la sentencia C-233<sup>19</sup>, se dio un paso más allá y se eliminó el criterio de *terminalidad* como condición para acceder a la eutanasia. El Ministerio expidió una nueva resolución, la 971<sup>20</sup>, que reorganizó todo lo concerniente a la muerte digna y la eutanasia, derogando la resolución 1216<sup>21</sup>. En sus consideraciones, esta resolución hace un excelente resumen del camino transitado en Colombia desde la sentencia C-239<sup>10</sup> de 1997 en esta materia hasta nuestros días y en su parte resolutive aporta claridad sobre los diferentes conceptos, procedimientos, pasos y trámites involucrados.

Una de las facetas que caracterizan a este periodo, el que siguió a la sentencia T-970<sup>12</sup>, fue el surgimiento de rostros que representan o reflejan elementos asociados al final de la vida, al morir dignamente y a la eutanasia como un caso particular, entre ellos el sufrimiento, la espera, el dolor y la resignación. Pero, al mismo tiempo, los medios de comunicación también amplificaban, un tanto de manera paradójica, otros significados a través de estos rostros: la valentía, la alegría, la decisión y, por supuesto, la autonomía. El primer rostro que se hizo famoso fue el de don Ovidio, a quien se le practicó en 2015 la primera eutanasia considerada legal en Colombia. Don Ovidio<sup>22</sup> era el padre del famoso caricaturista colombiano Julio César González, más conocido como *Matador*.

En el prólogo del libro *La eutanasia de Ovidio González*<sup>22</sup>, que recopilaba caricaturas hechas por su hijo Julio César González, *Matador*, del camino tortuoso que tuvo que seguir su padre para obtener la eutanasia del sistema de salud, dice *Matador*: “[e]n mi concepto personal, la eutanasia no tiene absolutamente nada que ver con la muerte. Es una percepción errónea. El eje central de la eutanasia es el rechazo al dolor y a la ignominia de que los seres humanos tengan que sufrir de manera indecible ante una enfermedad terminal” (p. 16).

Quizás tenga razón *Matador*. Todo este debate en torno al morir con dignidad y a la eutanasia tal vez no es sobre la muerte. Entonces, ¿sobre qué es? Si miramos con detalle la forma como se han dado los desarrollos jurisprudenciales (sentencias de la corte, interpretaciones jurídicas desde diversas orillas ideológicas, debates sobre pros y contras en bioética, entre otros) se podría pensar que a nivel social ha habido una dinámica de insistencia en la obtención de los derechos y garantías que piden los que han decidido morir ante lo que consideran, por motivos de salud, una vida que quieren vivir. Me atrevería a decir que ha habido una especie de furia desatada, de impulso multiplicado, de furor por romper barreras frente a los obstáculos que seguían existiendo para que las personas accedieran a una muerte digna, según sus propias convicciones, lo que incluye a veces la eutanasia.

Como refieren Mendoza et al.<sup>11</sup>, “[e]xisten cinco escenarios relevantes en relación con el concepto de muerte digna y la toma de decisiones clínicas al final de la vida: los [cuidados paliativos], los testamentos vitales, la limitación del esfuerzo terapéutico o reorientación terapéutica, la sedación paliativa y la eutanasia; este último es el que mayor controversia sigue generando a nivel mundial” (p. 326). Para algunos la eutanasia es una forma de morir con dignidad e incluso puede ser la continuación de los cuidados paliativos. Aunque, claro está, hay posiciones en contra. Por ejemplo, Sanz et al.<sup>23</sup>, afirmaron que “[l]a eutanasia no sustituye a los cuidados paliativos. Pero tampoco los complementa” (p. 47). Para ellos, como muchos otros, la solución no es aceptar la eutanasia, sino creer más en los cuidados paliativos que, según conceden, “ayudan a aliviar parte de los problemas de pérdida de autonomía, desánimo o anhedonia que justifican las escasas solicitudes de eutanasia o suicidio asistido en países con un desarrollo adecuado de estos cuidados”<sup>23</sup>.

Así, los procedimientos de tipo administrativo, jurídico y médico parecen haber quedado resueltos y surge cierta claridad sobre cómo proceder frente a este tema en Colombia. Sin embargo, es necesario ir más allá de las obviedades del debate y de estos desarrollos. En una sociedad que ha hecho de la autonomía individual y de la libertad de elección un principio ético fundamental, en suma, que ha hecho del individuo un ídolo, habría que preguntarse qué más está funcionando tras bambalinas, además de la conquista de mayor espacio para que el individuo sea un agente moral pleno a cargo de su propia vida.

Entre las cuestiones pendientes de ser analizadas están la dimensión real del ejercicio de autonomía que están llevando a cabo los sujetos que solicitan la eutanasia, por un lado, y el grado en el cual los pacientes reciben cuidados paliativos de calidad y oportunamente, por el otro. Así como el modo en el

cual toda esta dinámica ético-jurídica refleja determinadas transformaciones culturales y políticas de nuestra época que se relacionan con asuntos económicos, ideológicos, políticos y de funcionamientos de poder. Me referiré un poco a estos últimos.

El movimiento pro-derecho a morir dignamente surgió a mediados del siglo XX como respuesta al impacto que ha tenido el avance tecno-científico en el terreno de las ciencias biológicas y la medicina sobre el proceso de morir. Este impacto está relacionado, además, con una transformación en la manera como nos vemos a nosotros mismos y asumimos la vida (autocomprensión), con las relaciones sociales que hoy están más determinadas que antes por el ejercicio de la autonomía de las personas y con la forma como se construyen, a través de diversos discursos, los ideales de vida (la gente hoy quiere tener mascotas en cambio de hijos, gastar el dinero viajando y no tanto ahorrando; experimentar la libertad de todas las maneras posibles).

La atención médica creciente en general ha llevado a la medicalización de la vida <sup>24</sup> y de esto hace parte el tratamiento a pacientes crónicos y terminales; también el morir se ha medicalizado. Lo que siempre se había considerado como inevitable y dictaminado por el destino; como el destino trágico de nuestra existencia, el morir, es ahora objeto de *tratamiento médico*. Esto significó, además, que la muerte deviniera un evento de ocurrencia cada vez menor en casa o en cualquier otro lugar y, en cambio, se diera cada vez más en el hospital <sup>25</sup>.

La sociedad contemporánea fue perdiendo contacto directo con la muerte, por la intermediación del hospital y de otras instituciones que han hecho que la muerte se desvanezca; lo que ahora vemos son catálogos y ofertas de servicios funerarios, velación, cremación, parques cementerios y manejo del duelo. Todo un *portafolio* para disponer del cuerpo del fallecido; un cuerpo cuya existencia material importa menos en pos de una serie de rituales trazados por los nuevos mecanismos de administración de la vida y la muerte. Junto a la biopolítica que describiera Foucault <sup>26</sup>, un tipo particular de ejercicio de poder sobre los seres vivos que surge en el mundo moderno y capitalista, en particular sobre los individuos y poblaciones humanas, aparece también una *tanatopolítica* o *necropolítica* como un conjunto de estrategias para *administrar* el morir y la muerte <sup>27</sup>.

En sus estudios sobre el poder en el campo social, Foucault describió varios tipos, esto es, diversas estrategias que sirven para dirigir las vidas de las personas, lo que incluye no solo sus acciones, sino la manera cómo se ven a sí mismas y se relacionan con los demás, consigo mismas y con sus cuerpos <sup>8</sup>. *El poder soberano* proviene de la potestad que tenía el rey de “dejar vivir o hacer morir” <sup>26</sup>, y que hoy se expresa a través de las diversas formas mediante las cuales el Estado permite o restringe el obrar de los individuos, ya sea a través de leyes o por la fuerza. Está el *biopoder* que se ejerce sobre los cuerpos de las personas a través del *disciplinamiento* <sup>28</sup> en las instituciones y prácticas sociales o sobre las poblaciones a través de la biopolítica, que comprende, por ejemplo, todas las medidas de salud pública como las que acabamos de vivir por la pandemia de Covid-19, y todas las políticas relativas a la salud y la vida de las sociedades. Y, finalmente, está la *gubernamentalidad*, que es un tipo de poder que ya no requiere de la coacción o el disciplinamiento. Se trata ahora de *gobernar*, y para esto se requiere que los individuos sean libres. La libertad no es solo un derecho o un bien muy valioso, sino que es también una estrategia de gobierno <sup>8</sup>.

El movimiento por la muerte digna y por el derecho a la eutanasia hacen parte de esta transformación en la forma de experimentar y lidiar con el morir y la muerte en el mundo contemporáneo, y que son el resultado de nuevas estrategias de poder y de gobernar. En nuestra época los individuos han llegado a considerar que pueden elegir la muerte que quieran, donde quieran, como quieran y con quien quieran. Y seguimos transitando en este camino hacia expresiones más amplias de -aparente-libertad. En lo que ha ocurrido en Colombia, que tiene una de las legislaciones más progresistas en el mundo con respecto al derecho a morir dignamente y la eutanasia, la sensación de una gran parte de la sociedad es de haber logrado una gran conquista: la del respeto a los deseos de los individuos. Se promulga que el valor de la vida es el que cada quien tase para sí mismo. Y la discusión sobre el significado de la vida se ve superado, en el terreno de la discusión pública, por la cuestión de si la decisión de morir es propia o impuesta (por el Estado, los familiares, los médicos, o cualquier otro actor que no sea uno mismo), de si se respetaron *mis* derechos o no.

La despenalización de la eutanasia y la lucha por garantizar la muerte digna ha revelado varias cuestiones. La primera, que la manera como entendemos hoy la muerte y el morir ha devenido *liberal*; no es ya meramente trágica, religiosa o terrorífica. Al igual que muchos otros asuntos, en las sociedades liberales y plurales contemporáneas las personas desean tener en sus manos no

solo sus planes de vida, decidir cómo quieren vivir, sino también sus planes sobre cómo morir. Esta transformación cultural corre paralela con una profunda insatisfacción de la sociedad por la manera indolente, insuficiente y a veces abusiva como se da la atención médica y como opera el sistema de salud en relación con los pacientes crónicos y terminales. Una de las grandes falencias de la educación de los profesionales de la salud es que poco se les enseña sobre cómo asumir la atención de este tipo de pacientes <sup>6</sup>.

En segundo lugar, ha quedado claro que el papel del Estado en esta nueva etapa de la vida social ya no es tratar a sus ciudadanos como incapaces, a quienes hay que decirles lo que es bueno y lo que es malo, porque no saben. Como sugería el magistrado de la Corte Constitucional Carlos Gaviria Díaz <sup>29</sup> en un congreso internacional de bioética organizado luego de la sentencia C-239 <sup>10</sup>, los ciudadanos deben asumir la responsabilidad por sus propias vidas, y esto incluye la propia muerte. En un estado social de derecho este es el ideal. Así, las personas deben ser respetadas en sus decisiones respecto de su propia vida y su propio cuerpo, incluyendo el proceso de morir.

En tercer lugar, en estos 25 años luego de la sentencia C-239 de 1997 <sup>10</sup>, se produjo un efecto muy importante en la sociedad colombiana: el que las personas tomen cada vez más conciencia sobre su posición frente al morir y la muerte. Vale la pena insistir aquí en que muerte digna y eutanasia no son sinónimos, como lo he repetido en diferentes espacios <sup>2</sup>.

Del mismo modo, en cuarto lugar, la imposibilidad de que haya un acuerdo ético generalizado en torno a la eutanasia y la despenalización del homicidio a través de una decisión judicial revela otros caminos para abordar los problemas éticos que se caracterizan por entrar en un callejón sin salida, como pasa con frecuencia en bioética. Si ciertos dilemas o problemas éticos no se pueden resolver, el derecho abre un camino para que unos y otros tengan garantizado la vivencia de su propia postura ética, en el marco de unos mínimos que han de ser establecidos, por ejemplo, a través de una constitución política. Así, los que sostienen la sacralidad absoluta de la vida tienen garantizada la posibilidad de vivir hasta el final como desean, y de promover en la sociedad sus ideas. Al mismo tiempo, quienes piensan distinto, que la vida tiene el significado que cada uno le dé, tienen el derecho a obtener del Estado el servicio que requieren, de forma oportuna y con calidad. Es lo que ha ocurrido en Colombia, y es lo que hay que celebrar.

En quinto lugar, ha quedado claro, que la ética médica no se puede seguir entendiendo como un simple reencauche de lo expresado en el Juramento Hipocrático <sup>2</sup>. Cuando a finales de la década de 1990 se reunieron, a instancias del *Hanstings Center*, en Estados Unidos, expertos de todo el mundo y de diferentes disciplinas para analizar cuáles habían de ser los fines de la medicina de hoy, se consideró necesario tener en cuenta las características de una medicina que se ha vuelto altamente científica y tecnologizada, así como los valores éticos y culturales emergentes, como la autonomía y la justicia <sup>30</sup>. Para Camps <sup>31</sup>, en su presentación al libro que reúne las conclusiones de esta reunión, “porque hoy la ciencia médica es más potente, hay que plantearse seriamente la pregunta de si debe hacer todo lo que técnicamente puede hacer, si el objetivo de recuperar la salud y evitar la muerte no es ya demasiado simple o irreal” (p. 5).

Entre las conclusiones de dicha reunión está la aceptación de que en las sociedades con economía de mercado, la medicina parece estar llamada a participar en la satisfacción de los deseos individuales. Hoy la medicina no parece ser vista únicamente para tratar enfermedades (terapéutica), sino para ayudar a que los ciudadanos cumplan con ciertos ideales como, por ejemplo, en el campo de la estética. Cabe pensar que la insistencia hoy en que cada quien pueda escoger cómo y cuándo morir entra también en esta dinámica que podríamos llamar *medicina del deseo* <sup>32</sup>.

También hubo consenso en torno a que el enemigo de la medicina no es la muerte per se. Más bien, “[e]s la muerte en el momento equivocado (demasiado pronto en la vida), por las razones equivocadas (cuando se puede evitar o tratar médicamente a un coste razonable) y la que llega al paciente de una forma equivocada (cuando se prolonga demasiado o se sufre pudiéndose aliviar) la que constituye propiamente un enemigo” <sup>30</sup>. Sin embargo, pensar de esta manera requiere salirse de posturas dogmáticas o simplistas.

Finalmente, se reconoció la imposibilidad de zanjar el debate a favor o en contra de la eutanasia. Para algunos la eutanasia y el suicidio asistido pueden ser un medio moralmente legítimo para aliviar el dolor o el sufrimiento en ciertas situaciones extremas o de *terminalidad*. Pero para otros,

esta intención, que podría ser “perfectamente razonable en sí, no justifica moralmente el empleo de técnicas médicas con el objetivo e intención directa de provocar la muerte de un paciente, tanto en el caso de que sea el médico quien provoque la muerte como en el caso de que el médico se limite a proporcionar los conocimientos y los fármacos necesarios para que el paciente pueda suicidarse”<sup>30</sup>.

La expropiación de la propia muerte, por cuenta del uso sin límites de la ciencia y la tecnología en el campo médico o por la imposición de creencias particulares en el campo social o político constituyen el escenario que dio origen al movimiento por la muerte digna y la eutanasia en el mundo de hoy. La invocación a la dignidad humana y al respeto por la autonomía personal tienen que ver con el surgimiento de este debate en el mundo contemporáneo; con reconocer que en la sociedad plural y liberal que son las personas las que determinan el valor de sus vidas y, por lo tanto, también pueden decidir sobre cómo será su propia muerte. Ya en muchos otros ámbitos hemos reconocido la potestad del individuo: en la determinación de los planes de vida, en la aceptación o no de un tratamiento médico, etc.

Para Baum<sup>33</sup> “la aceptación o el rechazo de la eutanasia recaen sobre el individuo cuya situación de salud es grave e irreversible”. En cambio, la permisión o prohibición legal de la eutanasia tendrían que ver con la política pública de salud que cada estado diseñe en virtud de la incorporación o no de un criterio moral de compasión ante el sufrimiento humano” (p. 12). Esto significa que es necesario distinguir los niveles de la discusión, el ético, que le atañe fundamentalmente al individuo (aunque, por supuesto, la sociedad siempre está presente) y el jurídico, que se refleja en el tipo de orden social que ha escogido un país, que puede ser más o menos democrático, incluyente y respetuoso de la diversidad.

Siguiendo a Baum<sup>33</sup>, desde la bioética y desde el debate público (tradición kantiana) habría un “criterio de compasión [que] respaldaría el derecho de todo ser humano a elegir libremente su plan de vida, incluido el derecho a no sufrir con motivo de una enfermedad irreversible y tortuosa.” Y frente a esto el Estado no podría actuar de manera paternalista, asumiendo a sus ciudadanos como “incapaces” o menores de edad, como tampoco se podría permitir “que ningún ser humano sea tratado como un medio para un fin (social, religioso, económico o de otra índole)”; pues esto atentaría contra la dignidad humana y la autonomía personal<sup>33</sup>.

Sin embargo, la garantía de una muerte digna, es decir, aquella que se da con arreglo a los propios valores y perspectiva de vida, no puede consistir meramente en que cada quien haga lo que quiera con respecto a la forma de morir. Una especie de *morir a la carta* tiene sus peligros. Por ejemplo, en muchas solicitudes de eutanasia lo que debe ser reconocido no es tanto la autonomía del individuo, sino su necesidad de atención en salud no satisfecha, un sufrimiento por abandono o la pérdida del nexo social<sup>8</sup>. Podría llegar a suceder que diversas *patologías sociales* terminaran por expresarse en el desespero existencial de los individuos y su consiguiente deseo de no vivir más. En estos casos, si proveemos la eutanasia sin más, no habría ningún triunfo de la autonomía personal para celebrar o una ganancia en términos de respeto a los derechos de las personas. Sería el fracaso de la sociedad por cuenta de una mirada miope a los problemas que aquejan a sus integrantes o que se ha rendido por una sujeción acrítica a los dictámenes de la moda o los discursos políticamente correctos.

También causa angustia que lleguemos un día a un mundo en el cual, de tanto perder el temor a la muerte e insistir en que es simplemente parte de la vida, que no debe entonces causarnos ninguna impresión, terminemos por estar alienados de otra manera. Este escenario se ilustra en la novela *Un mundo feliz*, de A. Huxley<sup>34</sup>, que describe un mundo futuro distópico por cuenta del predominio de la ciencia y la tecnología en el ordenamiento de la vida, así como del sometimiento de los individuos a un poder omnímodo, central y totalitario (el “Estado Mundial”). Todo esto en nombre de una supuesta felicidad completa de los habitantes de dicho mundo; felicidad que no es otra cosa que un embotamiento generalizado y una lamentable deshumanización de dicha sociedad.

En este *mundo feliz*, en el que el eslogan es “comunidad, identidad y estabilidad”, las personas ya no sufren gracias a un condicionamiento científico fisiológico y psicológico que los lleva, entre otras, a ver y sentir la muerte como algo completamente natural y desprovista de sentimientos. Para lograr este efecto está además el “soma”, una sustancia que toman todos los individuos de esta sociedad, y que los mantiene permanentemente en un estado de ensoñación colectiva, así como también en constante excitación de los sentidos a través de un erotismo exacerbado, el sensocine y otras estrategias<sup>35</sup>.

En este mundo está el “Hospital de Moribundos de Park Lane” a donde llegan los que van a morir, de manera programada. Linda, una mujer “salvaje” porque ha escapado de esa sociedad distópica y controlada totalitariamente, y que ha vivido en la Reserva, un lugar donde los individuos no accedían al soma y no eran sometidos a ningún condicionamiento, estaba allí hospitalizada porque iba a morir, “...acompañada y con todas las comodidades modernas. Unas alegres melodías sintéticas llenaban el ambiente continuamente de vida. A los pies de las camas, frente a los moribundos ocupantes, había un televisor que funcionaba, como un grifo abierto, desde la mañana hasta la noche”. Cuando su hijo John El Salvaje llega a visitarla, la enfermera le explica: “Intentamos [...] crear un ambiente realmente agradable, algo así como un hotel de primera clase y una sala de sensocine...” (p. 399-405)<sup>34</sup>. No es difícil pensar que algo parecido está ya pasando hoy en muchos de nuestros hospitales y *hospice care centers*, que están de moda.

Viendo a su madre moribunda John siente tristeza y su rostro se transforma. La enfermera se conturba y sobresalta, pues no está acostumbrada a ver expresiones de dolor ante la muerte; nadie sufre, ni siquiera ante la propia madre si está muriendo. Para la enfermera es inaceptable y vergonzoso lo que le pasa a John (tampoco es difícil ver que en muchos hospitales pareciera que está prohibido expresar el dolor). Los niños, que estaban de visita en el Hospital de Moribundos, como parte de su condicionamiento, también se afectan ante el espectáculo que brinda Linda con su aspecto de mujer gorda y vieja, pues en este futuro distópico todo el mundo se conserva rozagante y de apariencia joven hasta el final.

No es tanto un mundo feliz el que nos pinta A. Huxley. Más bien, es un mundo despojado de humanidad.

¿Ya hemos comenzado a transitar en ese mundo?

¿Cómo respetar los deseos de las personas con respecto al proceso de morir sin que nos dejemos llevar por los mecanismos que solo buscan administrar la vida y la muerte?

¿Qué significa ser realmente autónomos y libres?

¿Qué transformaciones aún faltan por llevarse a cabo en la educación de los profesionales de la salud y en la atención que brindan los servicios de salud para que las personas con enfermedades crónicas e incapacitantes, y las que están en el final de sus vidas, se sientan bien atendidas y respetadas?

### Conclusiones

La vida humana convoca a lo luminoso y a lo oscuro. No hay felicidad sin tristeza, no hay alegría sin dolor. Si desterramos por completo el sufrimiento, habremos también cerrado la puerta al gozo. No se trata de algún tipo de masoquismo o rechazo de las ventajas de la ciencia. Es más bien la consideración de la plenitud de la vida humana como un adecuado equilibrio de todo lo que ella trae.

Asumir la propia muerte es un acto de responsabilidad. Respetar las diferentes opciones que esto implica, connota un deber ético y moral por parte de la sociedad. El derecho a asumir la propia muerte de manera que exprese los propios valores y creencias debe ser protegido y garantizado por la ley. La ley no puede imponer un determinado modo de entender la vida buena y la buena muerte. Debe garantizar un marco lo suficientemente amplio para que cada uno pueda vivir plenamente de acuerdo con sus propios valores y creencias, y lo suficientemente limitado de modo que no ocurran excesos o explotación.

Sin embargo, no podemos simplemente cantar victoria porque ahora somos más autónomos, tenemos más libertad, vivimos vidas en las que la satisfacción de los deseos es lo más importante y hasta morimos como expresión última de tales deseos. Es necesario examinar con más detenimiento los otros significados de este debate y de estos “avances”, por ejemplo, en términos de la biopolítica y la necropolítica contemporáneas, así como el gobierno de las personas, mientras estas se creen libres incluso para decidir sobre su muerte.

## Referencias

1. Matiz CH. Historia del cuidado intensivo en Colombia. *Rev Colomb Anestesiol.* 2016; 44(3): 190-193. Doi: 10.1016/j.rca.2016.05.003
2. Díaz AE. Morir dignamente y eutanasia: en el corazón de la medicina. *Salud UIS.* 2022; 54: e22026. Doi: 10.18273/saluduis.54.e:22026
3. Ramsey P. *The patient as person: Explorations in medical ethics.* London: Yale University Press; 1970.
4. Díaz AE. La despenalización de la eutanasia en Colombia: contexto, bases y críticas. *Rev Bioética Derecho.* 2017; 40: 125-140.
5. Llano-Escobar A. In Colombia, Dealing with Death and Technology. *Hastings Cent Rep.* 1988; 18(4): S23-S24.
6. Díaz AE. *La humanización de la salud. Conceptos, límites y perspectivas.* Bogotá, DC: Editorial Javeriana; 2017.
7. Luna-Meza A, Godoy-Casasbuenas N, Calvache JA, Díaz-Amado E, Gempeler RFE, Morales O, et al. Decision making in the end-of-life care of patients who are terminally ill with cancer - a qualitative descriptive study with a phenomenological approach from the experience of healthcare workers. *BMC Palliative Care.* 2021; 20(1): 76. doi: 10.1186/s12904-021-00768-5.
8. Díaz AE. *The transformation of the medical ethos and the birth of bioethics in Colombia. A Foucauldian approach.* PhD thesis. University of Durham. Durham, UK; 2013.
9. Congreso de la Republica de Colombia. *Constitución Política de Colombia;* 1991.
10. Corte Constitucional de Colombia. *Sentencia C-239;* 1997
11. Mendoza-Villa JM, Herrera-Morales LA. Reflexiones acerca de la eutanasia en Colombia. *Rev Colomb Anestesiol.* 2016; 44(4): 324-329. Doi: 10.1016/j.rca.2016.06.008
12. Corte Constitucional de Colombia. *Sentencia T-970;* 2014.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución 1216 Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la Sentencia T-970 de 2014 de la honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad.* Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015
14. Congreso de Colombia. *Ley 1733 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.* Bogotá: Congreso de Colombia; 2014.
15. Rodríguez PFA. *La pérdida de la oportunidad como daño autónomo relacionado con los cuidados paliativos.* Tesis de grado, Maestría en Derecho Médico. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2022.
16. Beltran UEJ. *Consideraciones bioéticas en torno al caso de Ramón Sampedro.* *Rev Colomb Bioética.* 2012; 7(2): 144-155
17. Corte Constitucional de Colombia. *Sentencia T-540;* 2017. Corte Constitucional de Colombia *Sentencia T-540.* 2017
18. Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución 825 Por medio de la cual se reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes.* Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018
19. Corte Constitucional de Colombia. *Sentencia C-233;* 2021.

20. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 971 Por medio de la cual se establece el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer Efectivo el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. 2021.
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1216 Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la Sentencia T-970 de 2014 de la honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015.
22. Villegas PM. La eutanasia de Ovidio González. Desde las caricaturas hacia la pedagogía deliberativa. Colección Pedagogía y Bioética, 11. Bogotá: Universidad El Boque; 2021.
23. Sanz-Rubiales A, del Valle ML. Comentario sobre Reflexiones acerca de la eutanasia en Colombia. Rev Colomb Anesthesiol. 2017; 45(1): 46-47. DOI: 10.1016/j.rca.2016.11.001
24. Engelhardt HT. Los fundamentos de la bioética. Barcelona: Paidós; 1995.
25. Ariès P. Morir en Occidente, desde la Edad Media hasta nuestros días. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora; 2012.
26. Foucault M. Historia de la sexualidad. Volumen I: La voluntad de saber. México DF: Siglo XXI; 2005.
27. Mbembe A. Necropolítica. Traducción y edición de Elisabeth Falomir Archambault. España: Melusina; 2011.
28. Foucault M. Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión. México DF: Siglo XXI; 1996.
29. Gaviria C. El morir humano . II congreso de bioética de América Latina y el Caribe. Video. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 1998.
30. Fundació Víctor Grífols i Lucas. Los fines de la medicina. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas 11. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2007.
31. Camps V. Introducción. En: Fundació Víctor Grífols i Lucas. Los fines de la medicina. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas 11. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2007
32. Zurriarán G. Eutanasia: "medicina" del deseo. Apuntes Bioética. 2020; 3(1): 47-63.
33. Baum E. Eutanasia, empatía, compasión y Derechos Humanos. Rev Biotica Derecho. 2017; 39: 5-21.
34. Huxley A. Un mundo feliz (Brave new world). Edición y traducción de Jesús Isaias Gómez López. Madrid: Cátedra; 2013.
35. Gómez LJI. Introducción. En: Huxley A. Un Mundo feliz. pp. 9-187. Madrid: Cátedra; 2013