

Imprimir

Los recientes escándalos en la prensa nacional acerca de la negación de la eutanasia a unos ciudadanos, la puja feminista constante por el derecho al aborto, el triste y oscuro cuento del cambio de sexo y, finalmente, los reiterativos excesos en la utilización de la cirugía plástica con fines “estéticos”, obligan hoy día a muchos médicos a reflexionar seriamente sobre este tipo de demandas de la sociedad, y preguntarse cuál debería ser la respuesta ética de la profesión.

El cambio drástico en las exigencias de la sociedad hacia los servicios de salud y los médicos, así como la actitud punitiva de la justicia tras dichas exigencias, reflejan un salto mortal de principios y valores en muy pocos lustros. De ser penalizada la práctica del aborto, ha pasado a ser obligatoria para las instituciones de salud y sus facultativos. Igualmente, el hasta hace muy poco grave delito de la eutanasia, que hacía al médico merecedor de años de cárcel, se ha convertido en una conducta deseable y, mucho peor, en una obligación para los centros hospitalarios y sus médicos.

La primera pregunta que surge es, si el médico, y la profesión médica en conjunto, deben ser simplemente ejecutores de los deseos de los individuos en una sociedad que rápidamente cambia de manera de pensar, en cuyo caso, los valores y principios éticos de la profesión no tienen cabida, sino que simplemente deben adaptarse y someterse a las nuevas tendencias de pensamiento, con las consecuentes demandas sociales y amenazas judiciales, como hoy lo exigen y reclaman muchos periodistas, en los medios hablados y escritos.

Supondría lo anterior que no debería existir ética médica alguna y que los profesionales de la medicina simplemente se deben comportar como operarios de los deseos individuales y sociales en boga. En ello parecen estarse convirtiendo ciertos colegas, por ejemplo, ciertos cirujanos plásticos, que no encuentran impedimento ético para satisfacer el deseo de algunas mujeres de convertirse en llamativos maniqués de exuberantes curvas, ni tampoco tienen reparo para intervenir reiteradamente rostros de hombres y mujeres en busca de algún ideal de perfección, hasta el grado de convertirlos en verdaderas caricaturas. Al fin y al cabo, en esta sociedad mercantilizada, lo primero que se vende es el cuerpo mismo.

# Deontología Médica

Pero, si no hay ética propia de la profesión en una sociedad supeditada y condicionada por el dinero, no habrá obstáculos tampoco para el emprendimiento de compraventa de órganos, para realizar cirugías innecesarias, para formular medicamentos costosos que se acompañan de jugosos premios o comisiones de los laboratorios, para reutilizar filtros de diálisis; por la misma razón no habría límites éticos para formular opioides a los artistas o quienes se crean vedettes, para diagnosticar estrés a cualquier delincuente adinerado amenazado de cárcel, o para declarar inimputables a algunos pacientes, y quitarles sus derechos, a solicitud de parientes interesados en la eficiencia del negocio familiar, pues, al fin y al cabo, el utilitarismo es la ética dominante.

Y podría ser mucho peor, pues detrás de estas demandas llegarán otras más complejas, como la solicitud de algunos padres para hacer crecer a sus niños a punta de hormona del crecimiento, el deseo de modificar genéticamente a los hijos para que nazcan con “mejores características”, o la solicitud de esterilizar a poblaciones indeseables. Más allá, hasta la petición de clonarse a sí mismos o sustituir algún miembro fallecido del grupo familiar. Por esta vía, por qué no, llegaría a solicitarse la fabricación de clones a la medida para servicio personal o sexual. En fin, parece que es necesaria una ética médica, dado que pretender obligar a los profesionales de la salud y sus instituciones a obedecer acríticamente las demandas individuales y sociales de cada época, sin duda puede resultar muy peligroso para la misma sociedad que lo pretenda.

Ante la presión social y judicial, los profesionales de la medicina han contestado mayoritaria y solidariamente con prudencia, pero siempre surgen algunos “esquiroles” que abandonan dicha actitud prudente. Miles de profesionales atendieron en los hospitales públicos de las ciudades colombianas cientos de miles de abortos provocados, sin denunciar a ninguna de las mujeres a las que les practicaban un legrado como consecuencia de este “delito”, en los servicios de urgencias o ginecología. Y no lo hacían, porque conocían las difíciles condiciones sociales que originaban tan dura decisión, de modo que evitaban indagar sobre la práctica específica -muchas veces riesgosa- utilizada para desencadenar el aborto y, simplemente se

limitaban a aceptar y registrar cualquier mentira clásica, como “fue que me caí” o “me atropelló un carro”, para proceder al retiro de los restos de la gestación e iniciar el tratamiento médico que evitaría una infección grave y muchas veces la muerte.

Pero también existieron siempre algunos profesionales en posiciones menos prudentes. Unos pocos médicos, imbuidos de fanatismo moral, religioso o político y por tanto “poseedores de la verdad y la moral” quienes formulaban ocasionalmente alguna denuncia por aborto provocado, que podía llevar a la mujer que demandó ayuda médica a la cárcel. Del otro lado, ciertos colegas se dedicaban a practicar el aborto subrepticamente, como negocio rentable, en centros bastante conocidos. Ambos grupos conformaban los “esquiroles” de la prudencia profesional.

Por esta razón, la prudencia médica, que representa mayoritariamente la ética profesional, ha sido partidaria de la despenalización del aborto en etapas tempranas de la gestación, como recientemente se ha estado aprobando en la legislación de muchos países del mundo. También, por obvias razones, la ética médica puede aceptar la decisión de la Corte Constitucional de despenalizar el aborto en situaciones específicas relacionadas con el riesgo biológico. Sin embargo, las decisiones judiciales han traído consigo nuevos problemas para la deontología y la práctica profesional, cuando se justifican por otras razones.

Similar comportamiento, en defensa de la vida, han tenido los médicos de nuestro país en medio del conflicto armado, la violencia social y la corrupción. Atender al paciente sin consideración de su raza, religión, color político o bando; sin importar su condición moral, su comportamiento, o su relación con la ley, constituyó y constituye la prudencia médica que representa mayoritariamente la ética profesional. Pero allí también estaban algunos colegas, que en lugar de asumir un prudente silencio sobre la conducta previa del paciente, reñida o no con el poder, la autoridad o la ley, y entender su derecho a ser atendido como cualquier otro ciudadano, manifestaban su rechazo, e incluso la negativa a atender algunos pacientes que consideraban delincuentes, guerrilleros, subversivos, o reñidos con el poder político o las buenas costumbres morales y sexuales, e incluso los denunciaban, imponiendo su fanatismo moral y político sobre el necesario deber y sigilo profesional.

También en la otra vertiente existían algunos colegas que no tenían obstáculo en diagnosticar males inexistentes a miembros de prestantes y adineradas familias, para evitar que fueran conducidos a la cárcel, a causa de diversos delitos de los que eran acusados, por supuesto, a cambio de réditos presentes o futuros. Nuevamente la prudencia médica, que representa mayoritariamente la ética profesional, no compartía las conductas de estos “esquiroles” de la profesión, en una y otra vertiente.

Y si nos referimos a la eutanasia, encontramos el mismo comportamiento profesional. Aunque formalmente constituyera un delito, como el aborto, para la mayoría de los médicos era posible, de acuerdo con la familia, poner fin a tratamientos heroicos para mantener con vida artificialmente a pacientes desahuciados, por entender que prorrogar innecesariamente el sufrimiento del paciente o la familia no aportaba ningún beneficio.

En este caso tampoco faltaron algunos médicos fundamentalistas que, por razones religiosas o morales, no aceptaban esta conducta por parte de la mayoría de sus colegas e incluso amenazaban con denunciar al médico o a la familia. También en la vertiente opuesta se encontraban colegas que aceptaban, no sólo suspender los tratamientos heroicos de pacientes desahuciados, sino incluso inducir la muerte o practicar la eutanasia a algunos pacientes, a solicitud de los mismos o de sus familiares, con base en diversas consideraciones. Apodos como el Dr. Muerte fueron famosos.

Estos tres ejemplos demuestran que la profesión médica, en función de su conocimiento del ser humano, de la vida y de la muerte, de su cercanía al sufrimiento humano, crea una deontología propia, que es distinta de la regulada por la ética y moral general o dominante y, por tanto, divergente en ocasiones de las leyes, las costumbres y el conjunto de las demandas en boga de la sociedad.

Si la profesión no contara con su propia ética, habría sido posible, por ejemplo, que masivamente los médicos alemanes (y no solo Mengele), acogiendo el pensamiento fascista de moda, hubieran experimentado con los cuerpos de los judíos o aplicado eutanasias a destajo, dada la supuesta inferioridad racial y la objetiva vida poco digna de dicho pueblo

bajo el dominio nazi. De igual manera, habría sido posible que los médicos latinoamericanos masivamente (y no algunos esquiroles) aplicaran la esterilización de mujeres indígenas o pobres, en respuesta a tesis maltusianas y eugenésicas tan en boga durante todo el siglo XX. Y no hablemos de lo que habrían tenido que hacer los médicos si hubieran acondicionado su ética y su práctica profesional al oprobioso apartheid en Sudáfrica o en Estados Unidos.

Si la profesión no contara con su propia ética acerca de la vida, podría haber aplicado la eutanasia a todo nacido con malformaciones o deficiencias congénitas (vgr. ausencia de alguna extremidad, microcefalia por el Zika o Síndrome de Down), al estilo de los Espartanos y su roca Tarpeya. Sin duda tendrían suficientes argumentos relacionados con la “vida digna” que esgrime la Corte Constitucional en la sentencia C-233 de 2021. Si además los médicos hubieran atendido los principios utilitaristas de la ideología de mercado dominante, estas personas seriamente limitadas, al igual que los ancianos, saldrían sobrando pues no producen, por lo cual no debería permitirse gastar recursos públicos en su atención (es decir sólo tendrían derecho a cuidar su salud y prolongar la vida, con atención médica, los viejos con suficiente dinero), como una vez lo propusiera un ministro de salud, actual candidato presidencial, citando supuestos terceros que, claro está, no mencionaba. (Gaviria 2012)<sup>i</sup>

La profesión médica debe dejarle claro a la sociedad que su ética no le permite atender órdenes de cualquier fundamentalismo político en el poder, dirigidas a eliminar o no prestar atención médica al ciudadano que consideran enemigo, diferente, transgresor de normas explícitas o implícitas, inútil para la sociedad o inconveniente al poder, en cualquiera de las formas, como tampoco servir de carceleros de grupos de comportamientos diferentes al modelo normativo de la época.

La ética médica no puede aceptar por tanto la esterilización o el control de la natalidad aplicado con criterios racistas o clasistas. Tampoco políticas de planificación agresivas como la de un solo hijo, que acaben generando selección y discriminación sexual. Menos aún puede influir en la determinación del sexo de los no-natos, al gusto de los progenitores.

La deontología médica no permite discriminar a las personas por sus opciones sexuales, ni

juzgarlas por esta razón. Todas las personas deben ser respetadas como pacientes independientemente de sus caracteres sexuales externos o sus opciones y elecciones sexuales, de modo que la conducta profesional no puede estar determinada por la cambiante moral sexual. La especialidad psiquiátrica nos muestra un ejemplo triste de esta determinación, al haber sido permeada en el siglo pasado por la moral de la época y clasificar como enfermedades las más diversas opciones sexuales.

La profesión no debe adelantar, por tanto, tratamientos médicos que pretendan modificar ninguna costumbre sexual, por inmoral que parezca a la sociedad o a la familia en determinado momento histórico, y menos tratamientos agresivos en busca de suprimir tendencias sexuales, como la castración física o química de violadores o pedófilos. Tampoco la deontología médica permite aplicar tratamientos para modificar los caracteres sexuales primarios o secundarios de cualquier menor de edad, así lo soliciten sus progenitores.

La profesión médica igualmente debe dejarle claro a la sociedad que su ética no le permite atender órdenes de los fundamentalistas del mercado, de limitar la atención en salud a los ciudadanos productivos, como tampoco de suprimir la vida (la vida en útero o la vida del anciano o discapacitado), en función de las conveniencias económicas del padre o de la madre, de los hijos, o bien de otros parientes; menos aún en función de intereses de empresas, instituciones o gobiernos, pues la vida no ha requerido nunca, ni requiere, ser planificada o fenecida como hipoteca.

## El aborto

Se ha señalado que la profesión médica, en general, ve con buenos ojos la despenalización del aborto antes de la semana 24, pero es necesario aclarar esta posición: una cosa es que la mayoría de los médicos no sean partidarios de la aplicación de sanciones penales a las mujeres que abortan, por considerar que de una u otra manera se han visto forzadas a tomar la drástica decisión de actuar contra su gestación, -ya que por su experiencia profesional conocen de primera mano las difíciles condiciones de vida que determinan esta casi siempre muy dolorosa opción-, y otra cosa completamente distinta es que se ordene a los médicos y

las instituciones de salud provocar los abortos y que se les amenace con sanciones legales por no hacerlo.

Se anotó previamente que la ética médica puede aceptar sin reparo la decisión de la Corte Constitucional de despenalizar el aborto en situaciones específicas relacionadas con el riesgo biológico; sin embargo, el problema surge, por ejemplo, al incluir la violación como justificación del aborto, pues este no es un criterio médico, ni biológico, sino un criterio moral.

En este punto, choca la ética de la justicia y moral de la época con la ética de la vida. En los actuales tiempos, la violación es considerada una conducta mucho más grave y, por ende, objeto de penas más severas que en tiempos pasados. Incluso la definición misma de violación se ha ampliado, por ejemplo, a los casos en que la mujer embarazada es menor de cierta edad, la que cultural y socialmente se determina. Pero, sin pretender justificar la violación, en este camino hacia el absolutismo moral propuesto (no real), es pertinente recordar que ninguno de nosotros existiría, si la violación o cualquier relación sexual sin pleno consentimiento de la mujer o la sociedad, no se hubiera dado en tiempos pasados. En el árbol genealógico de todo ser humano, cercana o distante, siempre estará presente, aunque generalmente oculta, la violación que hizo posible su actual existencia, y en la mayoría de los casos, si se tienen en cuenta los criterios actuales de violación, no más allá de dos o tres generaciones.

Finalmente, desde la ética de la vida, cabe recordar que el embrión, ser humano en potencia, o el nacido producto de una violación, en ningún caso es responsable o debe pagar por la conducta de su progenitor.

Y cabe, en este punto, precisar a la Corte Constitucional, y a la prensa, que el aborto no es un procedimiento médico. Interrumpir el embarazo y provocar el aborto ha sido fácil desde tiempos remotos para muchas personas, distintas a los médicos, utilizando toda clase de métodos físicos y químicos, que buscan, por las más nobles o perversas razones, hacer daño al organismo de la madre o del feto. El procedimiento médico, sin embargo, no ha consistido

históricamente en causar daño al organismo, es decir, provocar el aborto, sino en el tratamiento necesario después de desencadenado el aborto por terceros, para evitar las graves consecuencias de la retención de los residuos gestacionales y la infección, por un aborto incompleto.<sup>[1]</sup>

De modo que no es aceptable que la profesión médica o las instituciones de salud sean forzadas a provocar abortos, opción que sólo tomarán voluntariamente cuando se trate de salvaguardar la vida de la madre o ante una seria deformación del feto. Pues, ¿Cual respuesta pretenden si se despenaliza el aborto y simultáneamente se amenaza legalmente a las instituciones de salud y a la profesión médica si no lo practican? ¿Acaso se debería cambiar el título de clínicas materno-infantiles por “clínicas materno-infantiles y de abortos”? Podrán añadir un slogan como “Por la puerta izquierda cuidamos de su embarazo, para que tenga un niño sano, por la puerta derecha lo desechamos” (procure no equivocarse de puerta). ¿No sería preferible separar los centros de abortos y buscar empresas y médicos con suficiente laxitud ética para que emprendan estos negocios, lo que resultaría muy fácil en estos tiempos que todo es cuestión de mercado y de emprendimientos? ¿O sería mejor crear clínicas de abortos con atención exclusiva de médicas y médicos partidarios del aborto?

Si se libera completamente el aborto del tabú que proscribía cualquier afectación del mandato genético y el curso biológico de la vida, y una vez aceptado como una decisión autónoma y libre de cada mujer ¿Como la de hacerse una cirugía plástica?, no faltarán las aseguradoras o empresas de medicina prepagada que ofrezcan descuentos en la mensualidad si se escoge la opción de deshacerse tempranamente del embarazo. Su publicidad les dirá: ¡No arriesgue su futuro profesional y la calidad de vida de su familia... La crianza de un hijo resulta muy costosa y la educación aún más... ¡Aproveche la rebaja de su póliza de salud familiar, si opta por el aborto!

En este punto, la profesión médica debe aclararle adicionalmente a la sociedad que su ética de la vida, como valor superior a cualquier ideología o pensamiento en boga, no le permite siquiera considerar la práctica del aborto en las últimas semanas del embarazo, cuando el no-nato ya tiene la capacidad de vivir fuera del útero de la madre, pues extraer un feto viable



y detener intencionalmente sus funciones vitales ya desarrolladas, es casi lo mismo que arrojar un recién nacido a la basura.

### La modificación del cuerpo

Ampliando la mirada de este tema, la profesión médica debe dejar claro a la sociedad, que su ética no le permite atender ordenes de los jueces, ni deseos de los individuos, por poderosos que sean, basados en las doctrinas en boga que defienden el individualismo y subjetivismo a ultranza, concepciones filosóficas que permiten colocar, por delante del mandato de la vida y de la salud, los intereses del marketing personal, hasta dañar, deteriorar o modificar intencionalmente el cuerpo humano, cuerpo real que debe existir disociado, supeditado e incluso considerado un estorbo para el ente pensante y deseante.

El individualismo se ha desarrollado progresivamente desde el siglo XV, con el nacimiento de la modernidad, que da origen al ser humano que se cree dueño de sus pensamientos y sus actos, para superar el determinismo teológico previo; a su vez, el subjetivismo a ultranza es producto de la postmodernidad o posmaterialismo, doctrina que es capaz de considerar el conocimiento científico de la realidad apenas un punto de vista. El subjetivismo a ultranza hace su explosión gracias a la gubernamentalidad neoliberal de la últimas décadas, técnica de control social que ha logrado -con bastante éxito-, convencer al ser humano de que es el único responsable de su propio triunfo o fracaso, para lo cual es condición previa, por supuesto, la creencia en la "libertad" absoluta de cada individuo y sus posibilidades infinitas, sin importar la realidad que lo envuelve; subjetivación y psicologización total que conduce a mujeres y hombres a invertir en su propio cuerpo o en aspectos inmateriales como la belleza, el amor, la sexualidad, el conocimiento, la espiritualidad, para capitalizarse y ser empresarios de sí mismos (Foucault 1979)<sup>ii</sup>, hasta el punto que sus deseos, su marketing personal, se tornan más importantes que la propia realidad.

La profesión médica, por tener como mandato fundamental la salud y la vida, debe rechazar con firmeza solicitudes originadas en la subjetividad a ultranza para afectar el organismo, mutilarlo, deformarlo intencionalmente o incluso poner fin a la vida misma. Comencemos por

las deformaciones extremas del rostro y el cuerpo con técnicas quirúrgicas, inversiones en el cuerpo para “mejorar la apariencia”, para venderse mejor en un mundo que definió el éxito económico como único valor. ¿Decisiones personales o resultado de la necesidad creada de invertir en mejorar la apariencia, de marketing personal para triunfar en una sociedad y un mercado muy competitivos? ¿Acaso el cuerpo en su condición natural no le sirve al mercado?

Como se señaló anteriormente, los reiterativos excesos en la utilización de la cirugía plástica, con fines “estéticos”, obligan hoy día a muchos médicos a reflexionar seriamente sobre este tipo de demandas de la sociedad. ¿Cuál es el modelo de belleza que se persigue? ¿Cuánto se puede frenar el calendario de la piel? ¿Acaso no son necesarias cirugías tras cirugías para mantener el modelo de belleza o la juventud que se desvanecen? ¿Este cúmulo de intervenciones acaba por producir belleza, u horribles caricaturas de la belleza? ¿Saben los operados qué sucede con las prótesis cuando avanzan los años y la piel pierde su elasticidad y capacidad de sujeción? ¿Cuántos riesgos para la salud y la vida se asumen en estos procesos quirúrgicos? Aquí también parece ser que el disociado ente interior se aleja y niega al organismo que lo alberga. Por supuesto, la defensa de la subjetividad o el “libre desarrollo de la personalidad”, como señalan las Cortes, constituye la defensa del ente disociado. El organismo real debe supeditarse al ente disociado.

La subjetividad puesta por encima de la realidad se hace más evidente en el famoso “cambio de sexo”. Se escuchan frases para justificarlo como “Atrapada en el cuerpo de un hombre”. Esta interpretación y racionalización del deseo sexual por personas del mismo sexo presupone igualmente la existencia de un ser disociado y separado del cuerpo, ser inmaterial y deseante al que las Cortes parecen responder, mientras niegan y menosprecian su propio y real organismo. El deseo sexual, cualquiera que sea, no es el problema, pero parece ser que la culpabilidad del deseo se evita con frases como la señalada. “No es que tenga atracción por otros hombres, es que en realidad soy mujer, pero me dieron un cuerpo equivocado.” En suma, el ente imaginario se convierte en el individuo real y el organismo real resulta ser un extraño, remitido por equivocación de algún responsable de la creación o la fabricación del mismo. Por tanto, esta “equivocación” debe ser corregida y, dado que no pueden enviar un cuerpo nuevo a la medida del deseo, se solicita la deformación del existente, la mutilación o

el implante de órganos sexuales externos o sucedáneos.

El resultado de esta exigencia de “cambio de sexo”, apoyada recientemente por la justicia, no logra más que una apariencia externa de mujer o una apariencia externa de hombre, pero funcional y realmente nunca un hombre o una mujer reales. No existe tal cambio de sexo, la medicina no tiene, ni mucho menos, esa posibilidad real. Cuando los solicitantes, una vez intervenidos, lo confirman, sufren una gran decepción y, la mayoría de las veces se deprimen profundamente, aunque posteriormente racionalicen su decisión, porque ya no hay vuelta atrás. Han perdido incluso los principales puntos de placer que les había entregado la madre naturaleza. La aceptación de la homosexualidad, la bisexualidad, la transexualidad, o la asunción de cualquier identidad de género, en fin, ejercer la sexualidad deseada a través de mecanismos menos drásticos que la mutilación o el implante de genitales, que deterioran el organismo, produce personas más felices, según opinan muchos expertos.

Por este camino, el día de mañana alguien querrá exigir el derecho a un trasplante de piel por no gustarle el color que le dieron sus genes, o por no estar conforme con los tatuajes que se hiciera años atrás, o bien, algún fanático religioso pretenderá que le quiten los ojos para no ver el pecado de la humanidad. Toda clase de deformaciones y prótesis pueden ser deseadas y llegar a considerarse un derecho para el libre desarrollo de la personalidad. Lo malo es que, por este camino, se exigirá a los médicos que mutilen y deformen los cuerpos al gusto del consumidor alienado y deseante. La profesión médica algún día se verá en la obligación de rechazar firme y colectivamente las pretensiones de transformar el organismo en la búsqueda de modelos ideales e irreales de existencia posicionados en el mercado, tal como los cantantes fabricados en Miami o los ridículos superhéroes creados por Hollywood.

De la eutanasia al suicidio asistido

Finalmente, en este subjetivismo a ultranza se apoyan también las últimas exigencias sociales y judiciales, que consideran un derecho absoluto la eutanasia o el suicidio asistido. Se ha dicho que la ética médica siempre ha considerado prudente suprimir esfuerzos excesivos para mantener artificialmente con vida a un paciente terminal, especialmente si

este se encuentra sin posibilidad creíble de recuperar la conciencia, aunque esta actitud pudiera ser penalizada por la justicia, por lo que siempre requirió un nivel de diálogo con la familia, y discreción importante.

De aquí en adelante, la subjetividad plantea un grave problema en cualquier propuesta de eutanasia, desde tres puntos de vista muy diferentes. El primero, la percepción subjetiva del dolor ocasionado por la enfermedad o la lesión, pues la tolerancia de los individuos al dolor muestra un amplísimo rango, que hace que, lo que para algunos individuos es una molestia aceptable, para otros resulte un dolor insoportable, tolerancia que también varía de acuerdo con características sociales y elementos culturales (umbral del dolor y niveles cognitivos lingüísticos de los sujetos). El médico ha podido observar, desde sus primeras prácticas profesionales, por ejemplo, a mujeres en labor de parto que no manifiestan la más mínima queja y otras, en similar condición, que levantan a gritos el hospital entero. Igual sucede en muchos otros casos de patologías o lesiones externas, dolorosas en principio. Por supuesto, para más profundidad en este tema es importante remitirse al análisis fenomenológico (Díaz, 2015)<sup>iii</sup>

El segundo, la interpretación subjetiva del malestar o sufrimiento personal asociado a la vida de enfermo y la discapacidad asociada, que permite que unos individuos acepten resignadamente graves dependencias y limitaciones, como estar conectado a una máquina de diálisis, inyectarse a diario, tener que usar pañales o tener que vivir en una silla de ruedas para toda la vida y otros no la acepten y sólo deseen la muerte ante situaciones similares. En esta interpretación de la pérdida de calidad de vida y sufrimiento personal tienen mucho más peso los componentes culturales y sociales.

Aquí es donde se insertan argumentos relacionados con la “vida digna” que esgrime la Corte Constitucional en la sentencia C-233 de 2021. “La vida no se limita a la subsistencia, sino que se concreta en el derecho a vivir adecuadamente y en condiciones de dignidad”. Sin embargo, la vida que unos no consideran digna de ser vivida, resulta ser una gran ilusión u oportunidad sin igual para otros. Por ejemplo, a pesar de sus discapacidades físicas y de las progresivas limitaciones impuestas por la enfermedad degenerativa (ELA) -que le fue

diagnosticada a los 21 años y soportó hasta los 74-, Stephen Hawking llegó a ser el físico más reconocido después de Einstein. Al otro extremo, una persona puede escuchar este diagnóstico u otro que implique deterioro de la calidad de vida o sufrimiento -como el cáncer-, y buscar de inmediato el suicidio, asistido o no.

Toman especial relevancia en este punto las concepciones hedonistas de la vida, en especial el hedonismo ético o normativo, que no trata de cómo actuamos realmente, sino de cómo debemos actuar: “debemos perseguir el placer y evitar el dolor”. El hedonismo, por cierto, es más individualista incluso que el utilitarismo, que sirvió de base en siglos pasados al liberalismo, por ello florece actualmente desde el arribo del fundamentalismo neoliberal. Llega a proponer que tecnologías como la ingeniería genética, la nanotecnología, la farmacología y la neurocirugía, podrían converger para eliminar todas las formas de experiencias desagradables en los humanos, un proyecto que se denomina “ingeniería del paraíso”. (Pearce 2022)<sup>iv</sup> En fin, más allá del mundo feliz de Aldous Huxley o, lo que viene a ser parecido, el camino a la drogadicción -y muchas veces hacia la muerte- tras el consumo permanente de estupefacientes, tanto ilegales como recetados. Esta epidemia mundial, por supuesto, tiene fuertes cimientos en la creencia de que la vida tiene como propósito la felicidad, por lo que se justifica la búsqueda permanente de placer a través de los estupefacientes.

El tercer punto de vista a considerar, necesariamente, tiene que ver con la respuesta depresiva, agregada a los dos anteriores, que supone una dificultad innata o adquirida para procesar el dolor y el sufrimiento. Durante un episodio depresivo, la persona afectada experimenta dificultades considerables en su funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional y en otros ámbitos importantes. (OMS 2021)<sup>v</sup>, por lo que se disminuye la capacidad para enfrentar la enfermedad y en consecuencia se potencian las dos subjetividades previas y estas, a su vez, potencian la depresión. Si se juntan en un individuo enfermo la baja tolerancia al dolor, la dificultad para aceptar el sufrimiento o la pérdida de salud y bienestar y, finalmente, un componente de depresión, se forma la tormenta perfecta para desear la muerte, aunque cualquiera de los tres fenómenos por sí sólo es capaz de constituir un motivo suficiente para considerar poner fin a la vida.

La medicina de hoy resulta aceptablemente buena para manejar el dolor, sin embargo, aún encuentra serias limitaciones en situaciones de dolor intenso, especialmente en el caso de pacientes con baja tolerancia al mismo. Además, es preciso estar de acuerdo con el tribunal constitucional, al señalar que existen graves falencias de nuestro Sistema de Salud para garantizar la continuidad e integralidad de los cuidados paliativos, en especial por fuera del ámbito hospitalario, puesto que, de acuerdo con el Observatorio Colombiano sobre Cuidados Paliativos, Colombia se encontraba en el puesto 68 de 80 países analizados en el Ranking Mundial de Cuidados Paliativos, realizado en el año 2015). Finalmente, la Corte Constitucional opta por señalar que prima la subjetividad del paciente para cuantificar la intensidad e insoportabilidad del dolor y cita, en este sentido, la Sentencia C-790 de 2014:

*“Adquiere relevancia el elemento subjetivo, consistente en el dolor que cause sufrimiento intenso al paciente. Aunque se pueda establecer médicamente que una enfermedad implica mucho dolor (aspecto objetivo), limitar esa certeza a un concepto médico choca con la idea misma de autonomía y libertad de las personas. Nadie más que el propio paciente sabe que algo le causa un sufrimiento de tal envergadura que se hace incompatible con su idea de dignidad. Los dolores pueden ser médicamente de muchas clases y la falta de acuerdo médico puede llevar a la vulneración de los derechos del paciente. Aunque el papel del médico en estos procedimientos es indispensable, no por ello es absoluto. De esta manera, será la voluntad del paciente la que determine qué tan indigno es el sufrimiento causado, aunado a los exámenes médicos. No pueden los médicos oponerse a la voluntad del paciente cuando quiera que objetiva y subjetivamente su voluntad se encuentra depurada. Existe una prevalencia de la autonomía del enfermo.”*

Esta frase sería suficiente para justificar, por ejemplo, toda la medicación con opioides, por lo que simplemente señalar que el consumo de opioides recetados y las múltiples muertes que causa constituyen un problema de salud pública, no sería más que un atentado contra la autonomía de los individuos, para decidir autónomamente que tan fuerte medicación requieren para manejar su dolor. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) estiman que en Estados Unidos la carga económica total derivada del abuso de opioides recetados solamente es de

\$78,500 millones por año; esto incluye los costos de atención médica, la pérdida de productividad, el tratamiento de la adicción y los costos de intervención de la justicia penal. (NIH 2018)<sup>vi</sup>

Respecto al segundo punto, la profesión médica es bastante torpe e incompetente para enfrentar la interpretación subjetiva del sufrimiento personal asociado a las limitaciones que impone al individuo y la familia la enfermedad y el tratamiento, donde tienen mucho más peso componentes culturales y sociales. Nuevamente, la Corte Constitucional toma partido por la subjetividad del individuo, sobre cualquier consideración que pretenda evaluar objetivamente la pérdida de calidad de vida y el sufrimiento psicológico que conlleva.

Reza la sentencia C-233 de 2021: *Comparte la Corte, en este contexto, algunas consideraciones del Tribunal Constitucional Alemán, en la reciente decisión adoptada en torno a la penalización del suicidio asistido. Esta autoridad judicial consideró, en una ponderación entre la autonomía, la vida, el derecho a la personalidad, la identidad y la facultad de autodeterminarse, que “la decisión de poner fin a la vida propia tiene un significado de lo más vital para la existencia de uno. Refleja la identidad personal de uno y es una expresión central de la persona capaz de autodeterminación y de responsabilidad personal. Para el individuo, el propósito de la vida, y si y por qué razones podría considerar terminar con su propia vida, es una cuestión de creencias y convicciones muy personales.” (Vere 2020)<sup>vii</sup>*

Y agrega más adelante: *Por el contrario, para el Tribunal Alemán, el derecho a una muerte auto-determinada también comprende los casos en los que el individuo decide quitarse la vida, pues aquel “garantiza que el individuo pueda determinar su destino de forma autónoma de acuerdo con sus ideas sobre sí mismo y, por lo tanto, pueda proteger su personalidad.”*

Curiosa, por decir lo menos, la defensa de la autodeterminación de los ciudadanos para determinar su destino e incluso quitarse la vida, en un país reconocido por estar en el medallero mundial del aparato psiquiátrico (130 camas de esta especialidad por cada 100.000 habitantes) (Eurostat 2021)<sup>viii</sup>, es decir que tiene más de 100.000 personas

encerradas en hospitales psiquiátricos, a las que por supuesto le niega toda posibilidad de decidir sobre su vida. Colombia tan sólo cuenta con 170 camas hospitalarias por cada 100.000 habitantes, para todas las especialidades y todos los servicios, y menos de 9 de estas camas corresponden a la especialidad psiquiátrica (Gobierno de Colombia, 2021)<sup>ix</sup>.

Y explica la sentencia: *Para el citado Tribunal Constitucional, dado que el derecho a la muerte auto-determinada forma parte del dominio más íntimo de la persona, dicha garantía “no [puede ser] limita[da] a enfermedades graves o incurables, ni se aplica solo a ciertas etapas de la vida o enfermedad.” Esta restricción equivaldría “a una valoración de los motivos de la persona que busca poner fin a su propia vida y, por lo tanto, a una predeterminación sustantiva, que es ajena a la noción de libertad.”*

En fin, da a entender la Corte, que cada ciudadano es libre de suicidarse cuando lo desee y que, limitar tal garantía mediante cualquier valoración objetiva de las causas o la intensidad de su sufrimiento, acaba con su libertad. Resulta curioso que la sentencia cita expresamente un cuadro depresivo, por lo que ni siquiera en casos de condiciones objetivas de deterioro cerebral o en caso de trastorno mental diagnosticado, se puede limitar la voluntad del paciente de acabar con su vida.

Se llega aquí al tercer punto mencionado y, como puede entenderse de lo señalado en la sentencia, ningún diagnóstico de depresión puede tomarse en cuenta como explicación de la valoración excesiva o desproporcionada del sufrimiento por parte del paciente, cuando este sufrimiento esté asociado a una condición de salud que origine graves dependencias y limitaciones (u originado por cualquier condición social o afectiva que ocasione sufrimiento psicológico o incluso a una condición netamente ideacional, de aplicarse la jurisprudencia alemana citada). En suma, tratar un cuadro de depresión para evitar que se potencien las dos subjetividades previas (dolor y sufrimiento) sería un atentado a la libertad. Respetar que el cuadro depresivo potencie el dolor y el sufrimiento, y dejar que prospere el deseo de suicidarse, sería la conducta correcta.

La Corte concluye que *“El derecho fundamental a morir dignamente se relaciona, entre otros,*



*con los derechos a la dignidad humana y la vida; y puede ejercerse de diversas maneras, tres de las cuales han sido identificadas por la jurisprudencia constitucional: (i) los cuidados paliativos, regulados por Ley 1733 de 2014, que pretenden dar manejo al dolor y el sufrimiento ante enfermedades que carecen de medidas terapéuticas y de curación efectivas; (ii) la adecuación del esfuerzo terapéutico, que consiste en suspender o limitar las medidas de soporte a la vida, cuando estas pueden llevar a mayor sufrimiento al paciente (actuación conocida como distanasia) y (iii) las prestaciones específicas para morir, usualmente conocidas como formas de eutanasia, que están sometidas a las condiciones de justificación del homicidio por piedad.”*

*Y agrega más adelante: Por esa razón, además de rechazar la objeción del Ministerio de Salud y Protección Social, es imprescindible dejar sentada con claridad la siguiente subregla jurisprudencial: el derecho fundamental a morir dignamente tiene tres dimensiones, los cuidados paliativos, la adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico y las prestaciones específicas para la muerte digna o eutanásicas. Es un deber del estado avanzar progresivamente en cada una de estas facetas, como ocurre con todo derecho fundamental y, en especial, con sus facetas prestacionales. Por esa razón no existe incompatibilidad entre las tres facetas, sino que todas deben contribuir a aumentar la dignidad y la capacidad de auto determinarse de todas las personas en el umbral de la muerte. Por esa razón, no puede imponerse a la persona agotar una faceta antes que otra, ni tampoco aceptar un tratamiento que considera desproporcionado, sino que corresponde al paciente determinar cuál es el cauce que mejor se adecúa a su condición de salud, a sus intereses vitales, y a su concepto de vida digna.*

También en este punto, es preciso reiterar que la eutanasia no es un procedimiento médico y, menos aún lo es el suicidio asistido, defendido por la Corte (incluso cuando el paciente no se encuentre en condición terminal, y su sufrimiento tenga elevada carga de subjetividad), a no ser que también sea un procedimiento médico pegarle un tiro al paciente, cortarle una arteria para desangrarlo o ahogarlo con una almohada. El hecho de que el medio para acabar con la vida sea químico, no determina que sea un procedimiento médico. Por cierto, el asesinato químico también se utiliza en el homicidio vulgar o en la aplicación de la pena de

muerte en algunos estados de la Unión Americana.

Es claro que la eutanasia y el suicidio asistido han sido considerados hasta ahora homicidios, pues así lo establece con claridad la ley 599 de 2000 y la misma Corte Constitucional al señalar en la Sentencia C-239 de 1997 declaró que la eutanasia constituye el tipo penal denominado “homicidio por piedad”

*Homicidio por piedad (Art. 106, Ley 599 de 2000). El tipo penal de homicidio por piedad se encuentra tipificado en el artículo 106 del Código Penal, de la siguiente forma: “El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de dieciséis (16) a cincuenta y cuatro (54) meses.”*

*Reza la Sentencia C-233 de 2021 que “Hace veinticuatro años, mediante la Sentencia C239 de 1997, 43 la Corte Constitucional se refirió al tipo penal de homicidio por piedad, tal como estaba previsto en el Código Penal de 1980 (Art. 326 del Decreto Ley 100 de 1980) y declaró su exequibilidad condicionada, en el sentido de que esta conducta no puede ser penalizada si es realizada por un médico, por solicitud y con el consentimiento del paciente y siempre que se encuentre en estado terminal. Para simplificar la exposición, la Sala se referirá a estas condiciones como (i) consentimiento; (ii) intervención médica y (iii) enfermedad terminal.”*

A pesar de que el Colegio Médico, consultado por la Corte, considera que esta tipificación es obsoleta, sigue siendo la tipificación de nuestro derecho penal.

Al finalizar la Sentencia C-233 de 2021, la Corte resuelve: “Declarar EXEQUIBLE el artículo 106 de la Ley 599 de 2000, “Por la cual se expide el Código Penal”, por los cargos analizados, en el entendido de que no se incurre en el delito de homicidio por piedad, cuando la conducta (i) sea efectuada por un médico, (ii) sea realizada con el consentimiento libre e informado, previo o posterior al diagnóstico, del sujeto pasivo del acto, y siempre que (iii) el paciente padezca un intenso sufrimiento físico o psíquico, proveniente de lesión corporal o enfermedad grave e incurable.

Es decir, la Sentencia C-239 de 1997 había señalado que se incurre en homicidio por piedad, pero que esta “conducta” no puede ser penalizada cuando hay consentimiento, intervención médica y enfermedad terminal. Sin embargo, la nueva sentencia señala simplemente que no se incurre en el delito de homicidio por piedad cuando se dan las tres condiciones señaladas, pero amplía el campo no penalizable al cambiar en el texto la “enfermedad terminal” por “enfermedad grave e incurable”.

El salto cuantitativo es considerable, si se revisa el texto completo de la sentencia. Aparentemente, amplía el campo en que el médico evitaría ser juzgado de homicida por poner fin a la vida de una persona que ha dado su consentimiento, al incluir la condición subjetiva u objetiva de intenso sufrimiento físico o psíquico, proveniente de enfermedad grave e incurable, pero en realidad los efectos de esta jurisprudencia tienen un alcance muy riesgoso e impredecible y, además, comprometen seriamente a la profesión médica.

Los tres requisitos para solicitar la muerte

Para demostrar el alcance impredecible de la sentencia C-233 de 2021, cabe revisar detalladamente la problemática que desencadenan los tres requisitos establecidos por la Corte Constitucional, para que el acto intencional de poner fin a la vida de una persona, no sea castigado con la pena correspondiente al “homicidio por piedad”.

El tercer requisito: que el paciente padezca un intenso sufrimiento físico o psíquico, proveniente de lesión corporal o enfermedad grave e incurable.

Comencemos por la sustitución de enfermedad terminal por enfermedad grave o incurable en el tercer requisito. El concepto remitido por el departamento de Medicina de la Universidad Nacional, citado en la misma sentencia, señala: “En su criterio, la solicitud es de una vaguedad extrema, pues (i) las enfermedades crónicas son incurables, pero no por ello intratables o incontrolables; (ii) pocas enfermedades son curables; estas implican, en términos generales, un proceso crónico, para el cual existen tratamientos sintomáticos y paliativos, pero en muy pocas ocasiones curativos; (iii) existen escalas de gravedad de

enfermedades, pero no un “constructo uniforme que defina el concepto de ‘enfermedad grave’”; (iv) cualquier enfermedad puede evolucionar de tal forma que se torne incurable, irreversible, sin probabilidad de mejoría.”

Quiere decir lo anterior, que la eutanasia sería aplicable a cualquier enfermedad crónica, puesto que todas las enfermedades crónicas son incurables por definición, y dado también el hecho de que, para la determinación de gravedad no existe una escala de medición, su utilización siempre será subjetiva. Se puede citar como ejemplo la jurisprudencia del Tribunal Supremo de Justicia español (STSJ, 1997)<sup>x</sup>: “La consideración de si una enfermedad es grave o no, a efectos jurídicos, es obvio que radica en una cierta potestad discrecional, pues deben valorarse las condiciones objetivas o subjetivas que concurren en cada caso, especialmente la condición del paciente, edad, estado físico, riesgo para su vida, etc. No existe pues, un concepto definido de enfermedad grave, sino que en función de la trascendencia de la dolencia o enfermedad y en relación con las circunstancias anteriormente apuntadas, se podrá considerar como grave o no”.

Aplicaría para la eutanasia, por el requisito de lesión corporal o enfermedad grave e incurable al menos la cuarta parte de la población colombiana, por tener una enfermedad crónica de tipo metabólico, una enfermedad mental, una lesión corporal por pérdida de extremidades, daño severo de órganos o una discapacidad importante, una infección crónica, un enfermedad autoinmune, una enfermedad degenerativa, o bien enfermedades más agresivas como algunos cánceres, y muchas más enfermedades y condiciones que caben en esta definición tan amplia.

Aplicarían para el requisito de padecer intenso sufrimiento físico o psíquico, proveniente de lesión corporal o enfermedad grave e incurable todos los que aplicaron para el requisito anterior, pues la Corte señala claramente que *“será la voluntad del paciente la que determine qué tan indigno es el sufrimiento causado, aunado a los exámenes médicos. No pueden los médicos oponerse a la voluntad del paciente cuando quiera que objetiva y subjetivamente su voluntad se encuentra depurada. Existe una prevalencia de la autonomía del enfermo.”* Ya se había señalado la característica subjetiva del dolor y la mayor

subjetividad aún involucrada en el concepto personal y social de sufrimiento. En síntesis, todo paciente que considere que el sufrimiento físico o psíquico que padece, proveniente de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, es intenso, puede solicitar la eutanasia. El médico no puede imponer su parecer ni pretender calificar el dolor o el sufrimiento del paciente. Los casos recientes, hechos públicos, demuestran que el paciente puede, por la vía judicial, conseguir obviar no sólo la opinión del médico sino también la de los comités técnicocientíficos.

Pero el texto de la sentencia va más allá, al señalar que “no es admisible imponer a una persona, contra su libertad y autonomía, seguir viviendo en condiciones que considera incompatibles con su dignidad como ser humano” y “por la manera en que valora sus condiciones de vida, como dignas o indignas y humillantes, a partir del sufrimiento que padece derivado de una condición de salud de especial gravedad”. Manifiesta además la Corte que comparte las consideraciones del Tribunal alemán: Para el citado Tribunal Constitucional, dado que el derecho a la muerte auto-determinada forma parte del dominio más íntimo de la persona, dicha garantía “no [puede ser] limita[da] a enfermedades graves o incurables, ni se aplica solo a ciertas etapas de la vida o enfermedad.” Esta restricción equivaldría “a una valoración de los motivos de la persona que busca poner fin a su propia vida y, por lo tanto, a una predeterminación sustantiva, que es ajena a la noción de libertad.” En fin, da a entender la Corte que cada ciudadano es libre de suicidarse cuando lo desee y que limitar tal garantía mediante cualquier valoración objetiva de las causas o la intensidad de su sufrimiento, acaba con su libertad.

“Según se expresó en los fundamentos normativos de esta providencia, la dignidad humana es un valor fundante del ordenamiento jurídico y una norma de carácter complejo, de la que desprenden tres grandes contenidos, la autonomía de la persona (vivir como se quiera), la integridad física y moral (vivir sin humillaciones); de conformidad con el análisis recién efectuado, la norma demandada interfiere de manera desproporcionada en la autonomía y la autodeterminación de cada persona para escoger un plan de vida, y, en los eventos asociados a la muerte digna, también de elegir el momento y modo en que desean terminar su existencia, en el marco del respeto por su dignidad.

La valoración subjetiva del sufrimiento por la enfermedad grave e incurable y la defensa de la autodeterminación para decidir cuándo morir, sin importar la etapa de la vida o enfermedad, abre la posibilidad, que ya se ha visto en la realidad, de solicitar que se ponga fin a la vida, por parte de aquellas personas con enfermedades crónicas, que temen o no quieren enfrentar a futuro mayor limitación o mayor sufrimiento por el avance de la enfermedad diagnosticada. No pesa tanto el sufrimiento presente, como el miedo al mayor sufrimiento posterior probable, lo que origina la solicitud de acabar de una vez con su vida, pese a que en el transcurso corto o largo de la enfermedad hacia condiciones avanzadas más dolorosas o incapacitantes, el paciente podría enfermarse y morir por cualquier otra causa, como la actual epidemia de Covid o un accidente de tránsito. Resulta evidente que la jurisprudencia de la Corte traspasa la delgada línea existente entre el homicidio por piedad y la ayuda al suicidio o suicidio asistido.

Sin embargo, la Corte señala, con un movimiento digno de habilidoso prestidigitador, muy propio y típico del derecho, que la sentencia se limita tan sólo al Artículo 106 del Código Penal y no incluye el Artículo 107, Inducción o ayuda al suicidio:

*El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de dieciséis (16) a cincuenta y cuatro (54) meses.*

*El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de treinta y dos (32) a ciento ocho (108) meses.*

*Cuando la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, se incurrirá en prisión de dieciséis (16) a treinta y seis (36) meses.*

El segundo requisito: que la eutanasia sea realizada con el consentimiento libre e informado, previo o posterior al diagnóstico, del sujeto pasivo.

El segundo requisito para la eutanasia es que esta “sea realizada con el consentimiento libre

e informado, previo o posterior al diagnóstico, del sujeto pasivo”, sobre lo que no deberían plantearse objeciones. Sin embargo, la Corte considera que, “de conformidad con la jurisprudencia constitucional, el consentimiento sustituto es válido, pues son las personas más cercanas al afectado directamente, quienes mejor conocen sus intereses críticos, al igual que su posición sobre la manera en que enfrentarían una condición de salud extrema” ..... “Haciendo uso de la figura del *consentimiento sustituto*, avalado en la Sentencia T-970 de 2014, para los casos en que la persona se encuentra en imposibilidad fáctica para manifestar su consentimiento, *en estos casos y en aras de no prolongar su sufrimiento, la familia, podrá sustituir su consentimiento.... El consentimiento sustituto no se produce en un escenario ideal, sino en situaciones en las que el paciente se encuentra en estado de inconciencia*”.

Y agrega la Corte: “Este es el lugar del consentimiento sustituto. Un reconocido autor de teoría del derecho ha expresado que nuestros intereses vitales, críticos o existenciales exigen dar valor al momento final de la existencia, y que deberían informar la manera en que cruzamos el umbral entre la vida y la muerte; y que son nuestras familias y allegados más cercanos (redes de apoyo) quienes pueden comprender mejor cómo enfrentaríamos, asumiríamos e incluso recrearíamos estas aspiraciones en el proceso final, lo que explica la relevancia del consentimiento sustituto”.

La Corte considera que es posible constatar en su motivación “que surge a partir de una reflexión basada en algunos de los imperativos constitucionales más relevantes, en torno a la vida, la autonomía y el mejor interés del paciente, que, en lugar de mantener una solución única dictada por la razón del derecho penal, es decir, la coerción. Aun así, la Sala considera relevante minimizar todo riesgo de abuso, pero siempre partiendo de la buena fe de las familias, los allegados y los médicos”.

El consentimiento sustituto, *partiendo de la buena fe de los familiares*, plantea muchos interrogantes, no sólo porque es sabido que algunos parientes, por razones egoístas, usualmente de orden económico, deseen acelerar la muerte del anciano con Alzheimer o patología discapacitante similar, sino porque la realidad demográfica del país señala que los

hogares han disminuido drásticamente de tamaño, hasta un promedio de poco más de tres integrantes, generalmente uno o dos padres y uno o dos hijos, por lo que dejó de existir la posibilidad de contar con algún familiar cuidador disponible en el hogar, caso que era común en las antiguas familias de mayor tamaño.

En la mayoría de los núcleos familiares, los dos adultos que conforman la pareja trabajan, pues en las actuales condiciones económicas y sociales, se requiere el concurso de ambos salarios, para mantener un nivel de vida aceptable. La llegada abrupta de cualquiera de los abuelos a este núcleo familiar pequeño (en razón de que ya no pueda cuidarse por sí mismo), supone para un matrimonio joven una crisis absoluta, dado que ni la sociedad ni el Estado han desarrollado un sistema de cuidados que proteja el ingreso de las familias. La gran mayoría de estos hijos no desean deshacerse del padre o madre que requiere atención, pero tampoco pueden costear un cuidador permanente o un hogar privado diurno. La reciprocidad con los padres, elogiada y aprendida socialmente, finalmente se traduce en que uno de los adultos del hogar se ve obligado a dejar su trabajo para cuidar el anciano, carga que generalmente acaba asumiendo la mujer, y que conlleva la pérdida de ingresos y calidad de vida de todos los miembros del núcleo familiar, al pasar, por ejemplo, de contar con dos salarios para suplir las necesidades de tres miembros del hogar, a contar con un salario para sostener a cuatro.

De modo que son las condiciones objetivas de vida, en este capitalismo salvaje, desprovisto de sistemas adecuados de protección social, las que obligan a las familias a deshacerse de los ancianos. La pretendida libertad para tomar decisiones (*de buena fe*) no es más que un mito, ante la dureza de las exigencias económicas. Aquí también, como en el caso de la incapacidad del sistema de salud para garantizar la calidad y continuidad de los cuidados paliativos, la ausencia de un sistema de protección social ejercerá, después de esta sentencia, una fuerte presión para acabar con la vida de los ancianos y discapacitados.

El primer requisito, que “la conducta sea efectuada por un médico”

Hasta aquí, primero el homicidio por piedad estaba tipificado y el médico que incurriera en



esta conducta sería condenado una pena de 16 a 54 meses (excarcelable por tanto en la práctica). Posteriormente, la Sentencia C-239 de 1997 señaló que, si bien el médico incurre en homicidio por piedad, esta “conducta” no puede ser penalizada cuando hay consentimiento, intervención médica y enfermedad terminal. Finalmente, la Sentencia C-233 de 2021 concluye que el médico no incurre en el delito “homicidio por piedad” si se dan las tres condiciones y amplía la tercera a enfermedad grave e incurable. Sin embargo, la Corte Constitucional, en todo su texto, aboga por la autodeterminación del ciudadano para decidir acabar con su vida, si padece subjetiva u objetivamente de intenso sufrimiento físico o psíquico, proveniente de enfermedad grave e incurable. Es decir que el concepto de “piedad” ante el sufrimiento es el que debe seguir guiando al médico para poner fin a la vida del paciente: “La piedad como motivación permite que este tipo penal sea autónomo.”

Pero semejante grado de subjetividad y autodeterminación, defendidos por la Corte Constitucional, acaban por superar la recomendación médica de aplicar la eutanasia con criterio científico y ético propio. Como se ha visto, si el médico tratante no la recomienda, y el comité técnico-científico tampoco responde positivamente a la solicitud del paciente o del familiar sustituto, estos proceden a exigir a la justicia que ordene al médico y a la IPS practicar la eutanasia. Y así lo hace la justicia. Pero, ¡Oh sorpresa!, en este punto resulta indispensable precisar que, si la decisión de aplicar la eutanasia no es del médico, sino de un juez, no cabe la figura de “homicidio por piedad”. El médico no actúa en tal caso por piedad, sino por orden judicial y, quien mata por orden judicial se denomina “verdugo” en nuestro idioma. En esto quiere convertir al médico la Corte Constitucional, al suprimirle de tajo su autonomía y la potestad de definir la conducta que considere ética y científicamente más aconsejable. Este parece ser el mandato también de buena parte de la sociedad e igualmente de muchos medios.

Los profesionales de la salud deben rechazar abiertamente semejante mandato, contrario tanto a la autonomía médica contemplada en ley estatutaria, como a la ética de la vida que guía la práctica profesional. Verdugo, es una palabra cuya etimología viene de verde, de cortar un fruto verde, de cortar una vida aún no llegada a su fin. La medicina no se hizo para ello, desde el viejo juramento hipocrático.

Pero es importante aclarar que no es posible achacar a la Corte Constitucional la autoría intelectual y originalidad en la defensa a ultranza de la autodeterminación para poner fin a la vida, ante situaciones subjetivas de intenso sufrimiento. Los mismos argumentos han sido utilizados para defender la eutanasia y el suicidio asistido en muchos otros países, pues, al fin y al cabo, la creencia en la “libertad” absoluta de cada individuo y sus posibilidades infinitas, más allá de la realidad que lo envuelve, es tan universal como la política económica neoliberal. Todos se sientan veinte años en un pupitre, todos sufren o se hacinan en el transporte diario y todos duermen en unos pocos metros cuadrados; todos trabajan cerca de ocho horas al día y todos pagan durante 50 años los recibos de la casa, la luz, el gas o el agua. Pero lo más asombroso es que a todos les han hecho creer que todo lo hacen por decisión voluntaria, que son absolutamente diferentes y totalmente libres.

La misma sentencia menciona muchos otros países. Pero pueden notarse diferencias fundamentales con la mayoría de ellos:

- En nueva Zelanda, la muerte puede ser asistida a través de la administración de medicamentos, por parte de un médico o enfermero, o por la autoadministración por la persona de esos medicamentos.
- En Portugal la muerte asistida se puede realizar por la automedicación de fármacos letales por el propio paciente, o por la administración por un médico o profesional de la salud debidamente calificado.
- En los Países Bajos en 2002 entró en vigor la Ley de Terminación de la Vida a Petición Propia y Suicidio Asistido, con la que se permite a los médicos aplicar la eutanasia (administrando los medicamentos letales) o asistir el suicidio (proporcionando la medicación para su autoadministración) de personas que cumplan con ciertos requisitos:
- En Australia el proyecto de ley prevé que un médico tratante podría recetar medicamentos a una persona para que se los autoadministre y termine con su propia vida (de manera excepcional, cuando la persona no pueda hacerlo, el médico podría administrarlos).
- En Estados Unidos el suicidio asistido solo está permitido por ley en diez estados. En general, se permite recetar medicamentos letales -para su autoadministración- a personas mayores de 18 años, residentes en el respectivo estado, y que padezcan enfermedades terminales,

con un pronóstico de seis meses de vida -o menos-, y cuenten con la capacidad física y mental para adoptar esa decisión.

- En España el Senado aprobó la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. La norma se refiere, de manera específica, a la prestación de ayuda para morir, que se puede dar en dos modalidades: la administración directa al paciente de una sustancia por parte de profesional sanitario competente, o la prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte.
- En Canadá la asistencia puede ser brindada por un médico o un enfermero, quien suministra el medicamento al paciente (asistencia médica asistida por un médico para morir), o se lo receta -a pedido de la persona- para que ella lo autoadministre (asistencia médica autoadministrada para morir).

La primera gran diferencia es que muchos de los países citados reconocen como “suicidio asistido” muchas de las conductas aquí defendidas por la Corte Constitucional como “homicidio por piedad”. En este sentido aceptan sin tapujos la tesis de la libertad absoluta y la plena autodeterminación para poner fin de la vida propia, aun cuando establezcan algunas condiciones. Los ejemplos hacen ver, aún más forzado, el malabarismo de la sentencia colombiana.

La segunda gran diferencia es que ninguno de estos países obliga a los médicos a practicar la eutanasia o el suicidio asistido. Pueden hacerlo otros trabajadores de la salud y, especialmente, dejan siempre abierta la posibilidad de autoadministración del medicamento mortal a la persona que quiere morir. ¿De dónde nace el derecho de ordenar a otra persona que le quite la vida? Es decir, los demás países no ordenan que sea el médico el que mate “por piedad”, ni lo colocan en posición de verdugo por orden judicial. La objeción de conciencia que permiten los fallos de la Corte al médico, simplemente traslada el problema a otro profesional que se atreva a poner fin a la vida del paciente, bien porque tenga una ética más flexible, o bien por que sea incapaz de negarse a atender los requerimientos de la justicia o de los directivos de la institución que recibe el mandato de la eutanasia.

Aquí surge otra interesante pregunta ¿La causa final de la muerte registrada en las

estadísticas de salud será la enfermedad principal que aqueja al paciente (lo que es falso, pues si no se aplicara la eutanasia o el suicidio asistido, en muchos casos de enfermedad no terminal, podría llegar a ser cualquier otra la causa final de la muerte), o se registrará simplemente, “envenenamiento con medicamentos, “envenenamiento autoinflingido intencionalmente”, o “ejecución legal”, ya que el homicidio por piedad no figura en la clasificación internacional de las causas de muerte.

Admítalo o no jurídicamente, en realidad la Corte ha abierto la puerta tanto a la eutanasia como al suicidio asistido en Colombia, sumándose a la evolución de la jurisprudencia y la ley en otros países, que han tomado partido por la corriente de pensamiento que defiende la subjetividad y autodeterminación del ente pensante y deseante, individualista a ultranza, cuya vida idealizada y fantástica se disocia totalmente de su cuerpo, hasta rechazarlo. De esta manera, no queda espacio o lugar para cualquier consideración objetiva, lo que en última instancia se traduce en desconocimiento y negación de la verdadera realidad, el tipo de organización social causante de la profunda crisis humana.

La que falla doblemente es la actual sociedad, construida totalmente en función del mercado y no al contrario, la economía que sólo mira el intercambio y deja de lado la redistribución y la reciprocidad (Polanyi 1944)<sup>xi</sup>. Falla, por una parte, al vender una concepción totalmente individualista de la existencia humana y, por otra, al negarle el apoyo a cada individuo intencionalmente aislado, en situaciones de crisis. Como dijera Margaret Thatcher: “No existe tal cosa como una sociedad –existen individuos, hombres y mujeres, y, como mucho, familias” (Chang, 2014)<sup>xii</sup>. Pero si este tipo de sociedad, que funciona sobre un modelo económico tan individualista y violento, no favorece ni apoya la vida, la solución no es acabar con la vida, sino con el modelo violento de organización social.

En conclusión, lo particular e inaceptable de esta sentencia, por supuesto, es que se violente a la profesión médica y a las instituciones de salud. Si la mayoría de los ciudadanos temen actualmente entrar a un hospital, donde mueren algunos pacientes, su temor se incrementará con la posibilidad ampliada de la eutanasia y el suicidio asistido. Las organizaciones médicas deben reclamar a la sociedad y a la justicia por pretender

convertirlos en verdugos, a órdenes de los jueces, en contra de su ética profesional, cuyo mandato siempre estará a favor de la salud y la vida.

Por lo menos en otros países, para no obligar al médico, crean, junto con la despenalización del aborto en las etapas tempranas del embarazo, los mecanismos para que la mujer que desee acabar con la vida en formación que lleva en su vientre, por la razón subjetiva que sea, pueda disponer del medicamento necesario para ingerirlo por sí misma e inducir el aborto, de modo que asuma la responsabilidad primaria del ataque biológico contra el feto y no delegue esta responsabilidad en el médico, el cual posteriormente, una vez desencadenado el aborto -y precisamente en razón de su ética profesional-, se verá obligado a practicar el imprescindible legrado uterino, para prevenir las probables graves complicaciones para la salud de la mujer.

Igualmente, como se ha evidenciado en otros países, junto con la despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido, y también con el fin de no obligar al médico a poner fin a una vida que su ética no le permite considerar terminada, la legislación o la jurisprudencia abren la posibilidad de la autoadministración de la sustancia letal a quien decide poner fin a su vida, o bien permiten delegar la acción de administrarla a un tercero, no médico, por ejemplo el solicitante sustituto de la eutanasia, que quiera y se responsabilice de cumplir la voluntad de quien quiere terminar su vida antes del mandato biológico, por distintas razones. Ni siquiera se necesitarían hospitales para ello en muchos casos, tan sólo notarios.

---

<sup>i</sup> Gaviria Alejandro. Blog. Una propuesta modesta. Abril 15 de 2012. Disponible en <https://agaviria.co/blog/2012/04/por-razones-fortuitas-probablemente-un.html>

<sup>iii</sup> Foucault, Michel ([1979] 2007). Nacimiento de la Biopolítica: curso en el Collège de France (1978-1979). México D. F.: Fondo de Cultura Económica.

<sup>iii</sup> Diaz, Paula. Consideraciones sobre el dolor desde una perspectiva fenomenológica. Coherencia vol.12 no.23, 89-106. Medellín July/Dec. 2015.

<sup>iv</sup> Pearce David. The Hedonistic Imperative [www.hedweb.com/hedethic/tabconhi.htm](http://www.hedweb.com/hedethic/tabconhi.htm) , consultado el 25 de enero de 2022.

<sup>v</sup> OMS 2021. Depresión. Informe en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

<sup>vi</sup> HEAL Initiative Research Plan (NIH, June 2018), disponible en <https://nida.nih.gov/drugtopics/opioids/nidas-role-in-nih-heal-initiative>

<sup>vii</sup> Vere, BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 -, Rn. 1-343, [http://www.bverfg.de/e/rs20200226\\_2bvr234715.html](http://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html); versión en Inglés, disponible en [https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/EN/2020/02/rs20200226\\_2bvr234715en.html](https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/EN/2020/02/rs20200226_2bvr234715en.html) .

<sup>viii</sup> Eurostat 2021 “Hospital beds by type of care”. Last update: 02-07-2021, tabla camas psiquiátricas por país disponible en <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/print.do>

<sup>ix</sup> Gobierno de Colombia. Datos abiertos. Ministerio de Salud y Protección Social. IPS Psiquiatría. Base de datos Registros Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, actualizado 17 de Abril de 2021. Disponible en <https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/listas-ips-psiquiatria/q8vy-krw8>

<sup>x</sup> Tribunal Supremo de Justicia de España, Sala Contencioso, 14-I-1997, rec. 1601/1993).

<sup>xi</sup> Polanyi, Karl ([1944] 2003). La gran transformación: los orígenes políticos y económicos de nuestro tiempo. México D. F.: Fondo de Cultura Económica. <sup>xii</sup> Chang, Ha-Joon (2014). Dramatis Personae: Who are the economic actors? En Economics: The User’s Guide. p 80 a 93. Estados Unidos: Pelican, edición digital.

[1] Solo hace una decena de años la Comisión de Regulación en Salud incluyó el Misoprostol entre los medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, con este propósito, y para ello

subrepticamente se agregó al resultado del consenso de una comisión técnica que estudiaba la inclusión de un grupo de fármacos seleccionados previamente, entre los que no estaba incluido el medicamento en cuestión.

Félix León Martínez, Presidente Fedesalud, Investigador Grupo de Protección Social FCE UNAL

Foto tomada de: <https://www.sfpharmaplus.com/>