

DERECHO Y VIDA

ius et vita

ISSN 1692-6455
Mayo de 2009, número LXXXII

Eutanasia y dignidad

JUANA SALAMANCA*

La dignidad humana, considerada como valor, como principio y como derecho autónomo fue el punto medular de la discusión o, más bien, de la reflexión, adelantada durante el foro *Derecho a morir dignamente* –realizado el 15 de mayo por el Centro de Estudios sobre Genética y Derecho del Externado– a propósito de la discusión en el Congreso Nacional del Proyecto de Ley 044 de 2008 “por el cual se reglamentan las prácticas de la eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia, el servicio de cuidados paliativos y se dictan otras disposiciones”.

Al encuentro fue invitado el ponente del proyecto de ley, Senador Armando Benedetti, quien intercambió ideas con Ana Isabel Gómez (docente de carrera de la Universidad del Rosario, directora del programa de Medicina de la misma universidad y bioeticista); Juan Mendoza Vega (médico, actual presidente de la *Federación Mundial de sociedades por el derecho a morir dignamente*); Carlos Arturo Gómez Pavajeau (abogado penalista, profesor del Externado); Jairo Rivera (doctor en derecho y profesor de derecho civil del Externado) y Germán Lozano, profesor de Derecho Constitucional del

Externado. Como moderadora actuó la profesora Emilssen González de Cancino, directora del Centro de Estudios sobre Genética y Derecho del Externado.

CONTEXTO NECESARIO

Con sus proverbiales sentido común y claridad, el médico Juan Mendoza Vega, quien actualmente ocupa en Colombia la presidencia de la *Fundación pro derecho a morir dignamente*, que acaba de completar 30 años de existencia, puso de presente los siguientes puntos:

- En los siglos anteriores, la gente moría sin que hubiera mucho qué hacer para intervenir en el proceso. Los desarrollos científicos del siglo XX modificaron esta situación. De manera que el asunto de que haya formas dignas e indignas de morir es muy reciente. El tema de la eutanasia es importante hoy porque tenemos la posibilidad de prolongar las “apariencias” de vida. Se instalan aparatos y se dan medicamentos que impiden que la persona se apague naturalmente.
- El ser humano tiene una dignidad que hay que respetar durante toda su existencia. Lo que llamamos Derechos Humanos son ideas aceptadas y establecidas de cómo podemos convivir mejor. Una parte fundamental de

* Periodista, editora del “Informativo” de la Universidad Externado de Colombia.

la dignidad es la autonomía del ser humano. El derecho inalienable de dirigir su vida y de que los demás acepten eso, mientras no esté quebrantando el mismo derecho de las otras personas.

- El ser humano por definición es libre, y como libre es responsable; y su autonomía debe ir hasta el derecho de resolver sobre su muerte. La muerte no es un fenómeno extraño, no es un monstruo que viene a tragarnos: es la parte final de la vida.
- ¿Quién muere con dignidad? El que muere cómo y cuándo él mismo lo haya elegido. Sin dolor y sin molestia, o con dolor y con molestia.
- Existe la posibilidad de interrumpir una vida cuando la persona experimenta un gran sufrimiento y, de manera libre, informada y razonada, dice: “puesto que no me pueden aliviar, por favor corten mi vida”. Eso es la eutanasia, una de las maneras de morir dignamente.
- La eutanasia implica la elección de una opción. No se trata de dar permiso para matar a todos los ancianos, para no darle tratamiento a los enfermos graves; eso es simple y llanamente homicidio con todos los agravantes.
- El presupuesto según el cual el compromiso del médico con la vida es a cualquier costo, debe ser revaluado. El compromiso debe ser con el ser humano, no con la vida de sus células cuando haya desaparecido lo que hace al ser humano, que es la conciencia alojada en el cerebro.

NO MÁS ESTADO - PAPÁ

El Estado no puede seguir siendo un ente interventor en las decisiones personales de los asociados; ha llegado la hora de hacer efectivos principios que tutela nuestra Constitución, como son la autonomía personal y el libre desarrollo de la personalidad, señaló el senador Benedetti al justificar la iniciativa.

Por otra parte, sostuvo, así como es preciso respetar a quienes se oponen a la eutanasia por razones religiosas, “una democracia moderna debe garantizar los derechos de las minorías”, en este caso de quienes reclaman el derecho de decidir cuándo y cómo terminar su vida.

Para el parlamentario la dignidad no es nada distinto al “punto que diferencia al hombre de la cosa” y que se halla en la posibilidad de que un individuo decida los asuntos de su vida y por ende de su muerte. Es un tema asociado con la autonomía y el Estado no puede seguir actuando como un padre que les dice a los hijos qué debe hacer, aunque “sea por su bien”. Lo mismo ocurre con la “dosis personal”, agregó: de seguir en la línea del Estado – papá, llegaríamos al absurdo de establecer dosis mínimas de chicharrón, habida cuenta del daño que produce el colesterol.

De otra parte, el senador invitó a dejar un esquema de “blanco y negro” o de “buenos y malos”, propuesto por sectores que, como la Iglesia, declaran que toda persona partidaria de la eutanasia es un homicida. Hay que sacar la discusión de este terreno y hallar sus matices, señaló.

LA VIDA NO ES UN DERECHO ABSOLUTO

El aspecto más relevante de la jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre el tema del foro ha sido su evolución: de considerar el derecho a la vida como absoluto, ha pasado a señalar su carácter relativo y a reconocer que es preciso ponderarlo con otros valores y principios constitucionales, según el análisis del profesor Germán Lozano, quien explicó que la Corte Constitucional en decisión T-881 de 2002 concluyó que una vida digna es un derecho fundamental, pues tiene que ver con la posibilidad de vivir como se quiera, en función de un plan vital individual diseñado por cada persona, de vivir bien, con unas condiciones materiales mínimas de existencia, y vivir sin humillaciones, es decir, garantizar la integridad de los bienes no patrimoniales de las personas.

Lozano analizó la sentencia C-239 de 1997 que resolvió la constitucionalidad del artículo 326 del Código Penal de la época en que se establecía:



“el que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de una lesión corporal o enfermedad grave incurable, incurrirá en prisión de seis meses a tres años”. La Corte, si bien consideró constitucional el artículo, estableció una excepción “en el caso de los enfermos terminales en que concurra la voluntad libre del sujeto pasivo del acto y manifieste su consentimiento de terminar con la vida a un médico tratante”, evento en el cual la conducta del médico en propiciar la muerte al paciente se encuentra justificada y por ende no será considerada como delito.

En este pronunciamiento la Corte involucra conceptos como el libre desarrollo de la personalidad y el de dignidad y señala que en cuanto a elecciones vitales no puede ser exigible una misma conducta a todos, cuando se parte de una reflexión autónoma sobre los derechos. En este segmento de la sentencia se concluye claramente que: “la decisión de cómo enfrentar la muerte adquiere una importancia decisiva para el enfermo terminal que sabe que no puede ser curado y que por ende no está optando entre la vida y muchos años de vida plena, sino entre morir en condiciones que él escoge y morir poco tiempo después en circunstancias dolorosas y que juzga indignas. El derecho fundamental a vivir dignamente

implica entonces el derecho fundamental a morir dignamente”.

Tras poner de presente que algunos sectores han expresado dudas sobre la vigencia de la interpretación de la Corte, dado que el Código Penal del que hacía parte el artículo estudiado fue derogado por la Ley 599 de 2000, Lozano señaló que de conformidad con el artículo 243 constitucional, las decisiones que tome la Corte Constitucional en el ejercicio de control abstracto de constitucionalidad, hacen tránsito a cosa juzgada constitucional motivo por el cual la interpretación contenida en la decisión C-239 de 1997 cobra plena vigencia, máxime cuando el nuevo Código Penal (Ley 599 de 2000) reprodujo en idénticos términos el homicidio por piedad consagrado en el estatuto anterior, requisito necesario establecido por la Corte Constitucional para que pueda hablarse de cosa juzgada material. Lozano también hizo énfasis en el desarrollo jurisprudencial de la misma corporación en la decisión T-881 de 2002 que hizo referencia al derecho fundamental a morir dignamente como expresión de la autonomía individual y de unas condiciones materiales de existencia acordes con la dignidad de cada ser humano. Finalmente, resaltó la necesidad de expedir una adecuada regulación del tema por parte del legislativo.

UNA DISCUSIÓN ÉTICA DE IMPORTANCIA MAYÚSCULA

Para el ex viceprocurador General de la Nación, Carlos Arturo Gómez Pavajeau, esta discusión ética tiene en la actualidad una importancia mayúscula y subrayó que la esencia de todo el asunto es la dignidad de la persona, fundamento del orden jurídico.

Tener presente el valor de la dignidad implica considerar que la vida no es un concepto puramente biológico, y que es preciso mirarla desde una perspectiva antropocéntrica, es decir con su dimensión humana compuesta por numerosas facetas.

De manera que en la medida en que el hombre y su sociedad evolucionan, los derechos fundamentales pueden sufrir cambios y reinterpretaciones a raíz de nuevas realidades. Por ejemplo, aseguró el jurista: “hoy el ‘encarnizamiento médico’, es decir, mantener de manera artificial la vida con escasas o inexistentes condiciones de dignidad, es una tortura y debe ser considerada como delito”.

LOS NIÑOS TAMBIÉN TIENEN DIGNIDAD

Si de lo que se trata es de defender el valor supremo de la dignidad humana, con la posibilidad de terminar la vida cuando ésta ya no se le considere digna, no hay razón para dejar por fuera a los menores de edad. Es la opinión del profesor Jairo Rivera, quien ha estudiado a fondo la jurisprudencia sobre el tema, tanto como sus desarrollos a nivel internacional. “La muerte puede ser más humana, y no hay razón para que los niños estén por fuera”, aseguró.

Pero claro: los desafíos son enormes: el primero es medir o establecer la capacidad de los menores para decidir sobre el curso de su propia vida. La Corte ha considerado que los niños tienen cierto grado de incapacidad, pero son competentes, explicó Rivera. De acuerdo con la jurisprudencia, en las decisiones radicales relativas a la salud de los menores, éstos deben intervenir a partir de cierta edad –siempre y cuando el equipo interdisciplinario que los atiende rinda un concepto sobre la autonomía suficiente del paciente para dar su consentimiento– junto con sus padres, cuando se trata de procedimientos con efectos

irreversibles. En otros casos, los padres pueden tomar de manera independiente las decisiones. “La autoridad parental disminuye en la medida en que aumenta la competencia del menor para tomar sus decisiones. El menor, de acuerdo con criterios expertos puede ejercer la plenitud de sus derechos personalísimos, caso en el cual tendría competencia constitucional para rehusar un tratamiento e, incluso, para solicitar que se le practique la eutanasia, mediante consentimiento informado, asistido, cualificado y persistente que prestaría toda eficacia sólo cuando se trate de evitar su dolor”.

Rivera sostiene que no contradice la doctrina de la Corte el hecho de que los padres puedan solicitar al personal médico abstenerse de adelantar tratamientos que solo prolongan un estado vegetativo sin que haya ninguna probabilidad de cambio de un hijo frente a ciertas realidades: “En casos de malformaciones múltiples y graves, con compromiso orgánico severo y su consecuente minusvalía y discapacidad en los recién nacidos; de una enfermedad terminal que produce intensos dolores y cuyo pronóstico es desfavorable a pesar del tratamiento, o en menores accidentados, en estado de coma profundo. En estas situaciones pensamos que se justifica, incluso, el homicidio piadoso con el fin de acortar la vida del paciente. Mantener un hijo conectado a un respirador de manera indefinida no es tener un hijo vivo y por lo tanto desconectarlo en nuestro criterio no es matarlo”.





AVALANCHA DE DILEMAS

Con la exposición de varios casos reales, la médica Ana Isabel Gómez ilustró cuántos dilemas deben enfrentarse al tener ante sí una decisión relacionada nada menos que con la vida de un menor de edad. He aquí dos de ellos:

Un niño de 11 años de edad que padece leucemia desde los 8 años se encuentra en la tercera recaída. El tratamiento propuesto implica grave riesgo e incluso compromiso de la calidad de vida del paciente. Los padres insisten en iniciar el tratamiento, pero el niño al ser consultado no desea ser tratado y quiere volver a su casa.

Un niño de 8 años sufre un trauma craneoencefálico severo, al ser atropellado por un conductor ebrio. La función neurológica está severamente comprometida, y el pronóstico de calidad de vida futura es pobre. Los padres están separados. El equipo de salud considera que no se deben instaurar nuevas medidas terapéuticas e incluso retirar las existentes. El padre está de acuerdo y la madre disiente.

Tal vez lo único que no se puede poner en duda es la complejidad del asunto por muy diversas razones: los menores de edad son una población vulnerable desde todo punto de vista; tienen autonomía, aunque limitada; tienen distintos niveles de incapacidad legal; en la toma de sus decisiones intervienen inevitablemente terceros (los padres) con posibilidad de conflicto de interés y riesgo moral; existen reglas de familia; se deben tomar decisiones racionales en el ámbito de la incertidumbre; las acciones presentes tienen consecuencias en la vida futura del paciente, su familia, la sociedad y el sistema de salud.

Y son numerosas las preguntas que es preciso formularse, según la experta: ¿Cuál es el mejor interés del menor? ¿Quién lo debe representar? ¿Cuándo y en que situaciones el menor representa su mejor interés? ¿Qué se debe hacer ante discrepancias en las decisiones? ¿Cómo definir una situación de final de la vida en pediatría? ¿Con qué criterios se debe construir esta decisión? ¿Cómo se deben limitar los esfuerzos terapéuticos? ¿Se está prolongando innecesariamente el proceso de muerte? ¿La acción de salud es útil, o es fútil? Y finalmente: ¿Cómo

balancear la buena práctica médica en situaciones al límite de la vida, en donde el médico y la familia del niño, en un natural interés por salvar su vida, no excedan los esfuerzos terapéuticos y produzcan un mayor daño que el beneficio deseado?

Sin dejar de reconocer la suprema dificultad del asunto, la doctora Gómez hizo referencia a algunas fórmulas para determinar si un procedimiento representa el mejor interés del paciente. En principio se requiere hacer un análisis sobre:

- Posibilidad de aliviar el dolor y el sufrimiento
- Posibilidad de conservar o restablecer una función orgánica
- Proporcionalidad del procedimiento con la calidad y esperanza de vida

- Oportunidad de satisfacer intereses futuros y posibilidad de desarrollar la capacidad de autodeterminación
- Posibilidades de alcanzar unas mínimas capacidades cognitivas, funcionales y de relación con su entorno.
- Posibilidad de alcanzar capacidades para una vida considerada humana.

En este punto del análisis cobra especial interés el concepto de futilidad, entendido como “aquel acto médico cuya aplicación a un enfermo está desaconsejada porque es clínicamente ineficaz, no mejora el pronóstico, los síntomas o las enfermedades intercurrentes, o porque previsiblemente produce perjuicios personales, familiares, económicos o sociales, desproporcionados al beneficio esperado”.



La decisión sobre cómo actuar debe fundamentarse, entonces, desde diferentes perspectivas: en primer lugar con base en parámetros estrictamente médicos (factores, pronósticos, valoración de riesgo/beneficio); luego, sobre necesidades, percepciones, valores y creencias del paciente y su familia (valoración de calidad de vida) y, en tercer lugar, factores sociales o económicos.

Si finalmente se llega a la conclusión de la inutilidad de un procedimiento o tratamiento, éste se debe limitar, aseguró la doctora Gómez.

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

La LET “es toda actuación o decisión del médico o del equipo terapéutico de limitar, retirar o no iniciar una determinada medida de apoyo vital, cuando no existen posibilidades razonables de recuperación, entendiendo por tales aquellas intervenciones que pretenden atrasar el momento de la muerte y no prolongar la vida, estén o no dirigidas a la patología de base o al proceso biológico causal”.

Pero, una vez más, la LET tiene consecuencias importantes, comenzando porque implica, siempre, la muerte del paciente y la responsabilidad del médico. Por otra parte tiene una innegable carga moral que se ve acrecentada cuando se trata de un niño.

Si bien el principio indiscutible de una decisión de esta naturaleza es la certeza de que el niño morirá inevitablemente, independientemente de la intervención médica que se realice, no siempre hay consenso en el caso de niños con pobres expectativas de vida futura en términos de calidad de vida.

Por eso, frente a situaciones de conflicto de interés la recomendación es recurrir a comités de bioética. Igualmente el médico debe propiciar la toma de decisión cooperativa y conjunta entre la familia, el niño y el equipo de salud, centrado en el mejor interés del niño y respetando las reglas de familia siempre que sea posible.

En sintonía con los juristas que intervinieron en el foro, la doctora Gómez aseguró que “la vida no



es un bien absoluto y la muerte no es un mal absoluto” y que esta idea debe transmitirse al paciente y a su familia, obviamente manteniendo un respeto por sus creencias.

La doctora Gómez hizo referencia a la necesidad de evitar la influencia excesiva de los padres y reconocer los valores y proyecto de vida del menor; subrayó que es indispensable surtir siempre un adecuado y suficiente proceso de información a los interesados que lleve a un consentimiento fundamentado en el conocimiento y llamó la atención sobre la importancia de tener presente principios como el de equivalencia (es tan ético no tomar la decisión de aplicar un esquema o recurso terapéutico como suspenderlo cuando no se obtiene el efecto deseado); el de proporcionalidad (los recursos terapéuticos deben ser proporcionados a la situación y a las posibilidades de sobrevida digna del paciente); y el del doble efecto (permite aplicar acciones que indirectamente podrían incrementar las posibilidades de que el paciente fallezca, si cumple ciertas condiciones).

Nuevas respuestas

El último segmento del foro estuvo destinado a preguntas formuladas por el público a los expositores, interrogantes que reunieron de alguna manera interrogantes y posiciones de diferentes sectores sociales sobre el particular.

En cuanto a los alcances del proyecto de ley, se puso de presente que quedan sin resolver los casos de pacientes con incapacidad para decidir: un recién nacido; un enfermo mental; un accidentado inconsciente o una persona con un estado vegetativo persistente. El derecho trabaja constantemente en ofrecer respuestas en un mundo de dificultades, como se ha visto. Foros como este, llevado a cabo por el Centro de Estudios sobre Genética y Derecho del Externado, son el ámbito fundamental para este arduo trabajo.



Publicación del CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE GENÉTICA Y DERECHO

Directora: Emilssen González de Cancino

Amigo lector: Sus opiniones nos serán útiles y gratas. Las esperamos en el Centro de Estudios sobre Genética y Derecho, oficina A-407, Universidad Externado de Colombia, calle 12 n.º 1-17 este, o en la dirección de correo electrónico <deromano@uexternado.edu.co>.