Globethics Repository



Aproximación a la Noción de Muerte Digna [Approach to the Notion of Death with Dignity]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Escobar Triana, Jaime
Publisher	Universidad El Bosque
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-15 03:09:36
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/215611

CAPÍTULO IV
APROXIMACIÓN A LA NOCIÓN DE DIGNIDAD HUMANA

Antes de entrar en el tema de la eutanasia como muerte con dignidad, veamos brevemente algunos aspectos relacionados con la dignidad humana y los conceptos de derechos humanos de allí derivados.

Las referencias sobre qué se entiende por persona humana, nos muestran una amplia gama de concepciones filosóficas. Este tema, siempre está presente cuando se habla de la humanización de la medicina, y por tanto, también de la humanización de la muerte. A veces, hay contradicciones entre el concepto de vida humana por una parte, y de persona, en cuanto a libertad, por otra, tratándolos como opuestos cuando en realidad son dos derechos que se dan, tanto la vida como la libertad, como atributos de la persona e inherentes a ella misma como valores.

En cuanto a la palabra persona procede del griego (prosopon) que significa máscara, papel en una obra de teatro o función y de allí pasó al terreno jurídico para designar al sujeto de derechos. Los diversos autores como Guy Durand en su obra sobre bioética afirma que esos derechos del sujeto se referían en particular a los ciudadanos romanos, es decir, a los que oficialmente poseían ese título en oposición

a los esclavos, a los libertos y a los extranjeros. "Con el tiempo, éstos últimos pudieron beneficiarse de algunos derechos pero no de la totalidad. Existía, pues, una especie de aspiración general a llegar a ser persona, es decir, sujeto romano, sujeto de derechos. El concepto designaba una cierta clase de plenitud"[57].

Filosóficamente, el concepto se utiliza para ampliar la visión en torno a los sujetos de derechos; en este sentido, la persona humana evoca la igualdad, el valor y la dignidad de cada ser humano, diferenciándolo así en esencia, de los animales y de las cosas. De esta manera sólo existe una clase de seres humanos que son las personas y por medio de este concepto se determina un papel protector, o promotor que va más allá del reconocimiento jurídico. Así, en la edad Media según Boecio, por ejemplo, se definía la persona como "sustancia individual de naturaleza racional".

Esta evolución del concepto de persona llegaba a determinar, por una parte, los derechos civiles, y por la otra, los derechos fundamentales, es decir, las exigencias éticas. La discusión acerca de quién es persona puede estar algo desplazada, pero el problema continúa igual y hoy se plantea la cuestión de si el término persona se puede aplicar también a los embriones y a los fetos, a los recién nacidos con deformidades, a los subnormales profundos o a los pacientes en coma y de esta manera siempre se advierten dos vertientes: una de tipo jurídico y otra de tipo filosófico, en las cuales se plantea si jurídicamente se le deben reconocer los derechos como a las demás, y

57. Durand, G. *La Bioética. Naturaleza, Principios, Opciones.* Ed.Desclee de Brouwer, S.A. Bilbao, 992. pp.82 y ss.

filosóficamente, si son efectivamente personas y cuáles son los criterios acerca de lo que es ser persona.

Durand hace referencia al moralista Joseph Fletcher, quien en 1972 propuso 15 criterios, características o indicadores de la persona, a saber: un mínimo de inteligencia, la conciencia de sí mismo, el dominio de sí mismo, el sentido del tiempo, el sentido del futuro, el sentido del pasado, la aptitud para comunicarse con los demás, el interés por los demás, la comunicación, el dominio de su ser, la curiosidad, la evolución y la variabilidad, el equilibrio entre la razón y los sentimientos, la idiosincrasia y la función neocortical.

Posteriormente el mismo Fletcher sintetizó en cuatro esos criterios: la conciencia de sí mismo, la capacidad de interacción, la felicidad y la función neo-cortical.

Estos serían criterios óptimos de la persona ideal, pero también se discute si más bien no se deben dar los criterios mínimos para definir la persona. Desde esta perspectiva algunos hablan de personas a partir de que haya individuos de la especie humana o vida humana biológica. Otros exigen más: definen la persona por la capacidad al menos mínima de conciencia, libertad y comunicabilidad.

Todos estos conceptos y los que veremos más adelante tienen que ver con su aplicación en la fase terminal de la vida. Así, la ética puede admitir y sugerir la negación o el cese de ciertos tratamientos inútiles en algunas situaciones, incluso, tratándose de la persona humana.

Existen otros factores que requieren una consideración adicional como son la presencia del dolor o sufrimiento grave e intratable, el

deseo del paciente o de sus representantes. Dice Durand, "el respeto a la persona no necesariamente implica prolongar la vida a cualquier costo".

Para Kant[58] el hombre en su autonomía está sujeto a su propia legislación, si bien ésta es universal, y por tanto, está obligado a obrar solamente en coherencia con su voluntad legisladora. El hombre sometido a las leyes externas lo hace, no por su propia voluntad, sino de manera determinada conforme a esa ley (heteronomía). El concepto de persona que usualmente se asocia con el derecho, como normatividad no es así para Kant. Kant sostiene el principio de la autonomía de la voluntad, en oposición a cualquier otro que por lo mismo califica de heteronomía.

El principio de autonomía actúa por la buena voluntad como universalmente legisladora para el hombre juzgarse a sí mismo y a sus acciones, y conduce al concepto de un reino de los fines. Este reino se entiende como el enlace sistemático de distintos seres racionales por leyes universales. Todos los seres racionales están sujetos así, a la ley de que cada uno de ellos debe tratarse a sí mismo y tratar a todos los demás, nunca como simple medio, sino siempre al mismo tiempo como fin en sí mismo, sin mediaciones, intereses o motivaciones. Categóricamente: "Actúa en tu persona y en la persona de los demás de tal modo que seas tratado como un fin".

El ser racional entonces, debe considerarse siempre como legislador en un reino de fines, solo posible por "libertad de la voluntad" ya sea

---

58. Kant, I. *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres.* Ed. Porrúa, S.A., México, 1996, pp43 y ss.

como miembro o ya sea como jefe dice Kant. La necesidad de obrar según ese principio del deber que no puede descansar en sentimientos, impulsos o inclinaciones sino en relación con los demás seres racionales entre sí, esa voluntad, debe considerarse como una voluntad legisladora pues si no, no podría pensarse como fin en sí mismo.

De ahí surge el concepto o la idea de la necesaria dignidad de un ser racional que no obedece a ninguna otra ley que aquella que él se da a sí mismo. Aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente; en cambio lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, ese ser tiene una dignidad; así, pues, los seres humanos tenemos dignidad y no precio.

En cambio lo que se refiere a las inclinaciones, necesidades e intereses del hombre tiene un precio comercial; pero lo que no es necesidad o no supone una necesidad sino un gusto por una satisfacción sin fin alguno tiene un precio de afecto. Pero lo que constituye la condición para que algo sea fin en sí mismo eso no tiene meramente valor relativo o precio, sino un valor absoluto, intrínseco, esto es, dignidad.

Pero la legislación que determina todo valor debe tener una dignidad, es decir, un valor incondicionado, incomparable, para el cual solo la palabra respeto da la expresión conveniente de la estimación que a un ser racional se debe tributar. La autonomía, constituye el fundamento de la dignidad de la naturaleza humana y de toda la naturaleza racional.

Para M. J. Bertomeu[59] los conceptos de autonomía, dignidad y persona tienen un papel fundamental en las éticas contemporáneas, especialmente las aplicadas.

En la obra de Kant se pueden rastrear los significados de estos conceptos. Según la autora, la humanidad en una persona significa:

1. Todas aquellas características de la persona asociadas con su racionalidad y su capacidad de obrar por fines o motivos.

2. Capacidad de obrar por principios o razones.

3. Capacidad de seguir principios racionales de prudencia y eficiencia.

4. Capacidad de libertad, proponerse fines mediatos o cosas distintas al mero deseo.

5. Capacidad de obrar por ideales y principios incondicionados.

6. Capacidad de entender el mundo y razonar correctamente.

La Humanidad en la persona es inextinguible. No cesa aún cuando no se posean en acto tales capacidades.

Sólo quien es un fin en sí mismo, posee dignidad, es persona. La dignidad es un valor incondicional e incomparable, distinta de precio, no tiene equivalentes. No es sacrificable por algo de mero precio. La

---

59. Bertomeu, M. J. *Postgrado de Bioética.* Universidad El Bosque. Bogotá, 1997.

autonomía es la propiedad de la voluntad en cuanto obra por deber. "La voluntad de todo ser racional es una voluntad universalmente legisladora"[60].

En su artículo Sobre los Derechos del ciudadano en Hegel, R. Solarte[61] propone el estudio de los conceptos de dignidad humana desde su complejidad histórica lo mismo que desde su importancia metodológica en las argumentaciones de carácter ético, en este sentido, menciona que la idea de la dignidad humana contiene básicamente un concepto jurídico y otro antropológico.

Jurídicamente la noción de dignidad humanã tiene una función en la fundamentación de los sistemas jurídicos. Por medio del derecho, y de su ejercicio en los sistemas legales, la comprensión de la dignidad humana se transforma en un derecho dentro del cual se dan las exigencias reconocidas por la ley y protegidas por la acción del estado en bienes e intereses concretos que se protegen jurídicamente.

---

60. Señala M.J. Bertomeu que la autonomía tiene dos aplicaciones en ética médica:
1. Autonomía como madurez psicológica, independencia emocional, capacidad de dar razones. En Kant no es precepto descriptivo sino normativo y tiene que ver con una propiedad de la voluntad de todo ser racional.
2. Autonomía como derecho: en Kant no lo es, aunque esboza el paternalismo, es una propiedad de la voluntad. Kant no contrapone autonomía a paternalismo, sino autonomía a heteronomía.En la muerte digna, estos elementos deberían tenerse en cuenta cuando la posible decisión de eutanasia se opte libremente por el paciente. Bertomeu, M.J. *Postgrado de Bioética.* Universidad El Bosque. Bogotá, 1997.

61. Solarte, R. Los Derechos del Ciudadano en Hegel. *Universitas Philosophica.* N°25-26 Dic. 1995 a Junio de 1996. U.Javeriana, Bogotá, pp175-178.

Antropológicamente el concepto de la dignidad humana debe buscarse en el derecho natural que abarca en su proceso los planteamientos, desde los estoicos hasta las declaraciones de los derechos del hombre, haciendo referencia a la naturaleza humana.

Los desplazamientos del concepto de dignidad humana hacia el campo jurídico tienen implicaciones políticas en un estado de derecho.

A partir de Kant, los conceptos de dignidad humana buscan el lugar específico de la diferencia del hombre frente a otros seres; sin embargo, ningún contenido de tipo antropológico puede reclamar como suya la pretensión de definir a plenitud de manera adecuada la dignidad humana. Positivamente esa dignidad humana o condición humana se busca en un mínimo común de respeto a la vida o de exigencia compartida de libertad y reconocimiento dentro de la diversidad o la pluralidad cultural.

Siguiendo al mismo autor en su artículo, la crítica de las nociones de dignidad humana, (contra el planteamiento kantiano), propiamente proviene de Hegel y se centra en las deficiencias que implica el puro formalismo abstracto en la argumentación ética Kantiana.

Así, para Hegel, lo más notable de los seres vivos es la afirmación de la continuidad de la especie en la reproducción y muerte de cada individuo. Para Hegel la cultura es la formación de una segunda naturaleza desde las múltiples relaciones entre los seres humanos y de éstos con los seres naturales, relaciones que están marcadas por la lucha a muerte motivada por el deseo de autoafirmación y mutuo reconocimiento. De esta manera, el hombre no nace libre ni actúa a

partir de unos derechos originarios ; esos derechos humanos así como la libertad se construyen paulatinamente y se ganan en los procesos sociales.

Adela Cortina[62] se refiere a la presencia de la dignidad humana como una conquista de la ilustración, de tal suerte que el orden moral legado por ella ha quedado definitivamente incorporado a nuestros esquemas cognitivos, de manera que sabemos moralmente a través de ellos. "Porque las sociedades aprenden no solo a nivel científico, técnico o artístico, sino también a nivel moral: el reconocimiento de la autonomía personal, la dignidad que, en consecuencia a todo hombre compete, los derechos humanos, el derecho imparcial, la forma de vida democrática se han incorporado a nuestro saber moral en un proceso que resulta ya irreversible, de tal modo que renunciar a ello significa ya renunciar a nuestra propia humanidad".[63]

Plantea luego, Cortina, en el contexto de los universalismos éticos contemporáneos, el universalismo formalista de la ética dialógica (J. Habermas), ¿por qué los hombres tienen una especial dignidad?. Ella

---

62. Cortina, A. *Etica sin Moral*, Ed. Tecnos, segunda edición, Madrid, 1992 pp.23 y ss.

63. Cortina A. Dignidad y no precio: más allá del economicismo. *En esplendor y miseria de la ética kantiana.* Guisan E. (Coord). Anthopos, Barcelona, 1988 pp. 140 y ss "Establecer el derecho de la humanidad. "Este es uno de los puntos de mira de la filosofía de Kant". pp. 162 "La ética kantiana no ofrece, pues un formalismo indiferente a cualquier contenido, porque la forma de voluntad racional nos conduce analíticamente a asignarle un contenido puro: la idea de hombre como ser legislador". pp. 164 "La afirmación kantiana del fin en sí mismo no puede realizarse en una sociedad que instrumentalice todas las cosas con precio para el intercambio. Si hay algo a lo que no cabe asignar utilidad, para ese algo no hay equivalente posible. Va contra su naturaleza propia porque no tiene precio sino dignidad. Nadie está legitimo para fijarse un precio".

misma responde que la respuesta tiene una base racional ; y si el positivismo jurídico hace depender los derechos humanos únicamente de las decisiones históricas, sin explicar por qué, se presentan como exigencias. Naturalmente el concepto de derechos humanos que surge en la modernidad no depende solamente de decisiones históricas sino que requiere, además de la positivización jurídica, la reflexión filosófica sobre su legitimidad[64] y se viene entonces a determinar otro criterio de ser humano en la afirmación de que todos los seres capaces de comunicación lingüística deben ser reconocidos como personas, que sean interlocutores válidos, que no se pueda renunciar a ningún interlocutor y a ninguno de los aportes que le de a la discusión.

Así, se entiende por derechos humanos a aquellos que se atribuyen a todo hombre por el hecho de serlo, "entendiéndose por hombres los seres que poseen competencia comunicativa o que podrían poseerla".

Para Cortina, cualquier teoría sobre los derechos humanos confronta un problema triple: o bien son derivados de la naturaleza humana o de la razón; o pueden identificarse con exigencias éticas, relativas al concepto de dignidad humana, o históricamente establecidas por la legislación. "No puede atenerse solamente a la cualidad biológica, a la pertenencia a la especie humana para fundamentar los derechos humanos, puesto que incurriríamos en la falacia naturalista, la cual debe evitarse, tomando como presupuestos los actos de habla que nos conducen a un resultado filosófico, es decir que todo participante

64. Cfr. Cortina, A. *Etica sin Moral.* Ed.Tecnos, Segunda edición, Madrid, 1992, pp. 244 y ss.

en un discurso práctico tiene que ser reconocido como persona y por tanto se le atribuyen derechos claramente distingibles de los que se establecen a lo largo de la historia"[65].

Preocuparse por los derechos humanos es ocuparse de la vida, es hacer filosofía, por tanto, tematizar lo que sea y como sea posible la existencia humana, esto es, la dignidad humana.

Así, para C. E. Maldonado[66] el fundamento de los derechos humanos, es la vida, la vida digna, su sentido y por lo tanto, "es un problema filosófico y si es filosófico adicionalmente es jurídico, político, económico, militar, social etc. Pero la posibilidad misma de los derechos humanos o el problema mismo de los derechos humanos es la posibilidad de una vida digna y la del respeto y la necesidad de la persona humana".

Aquí se habla de la vida ontológicamente como de lo que es necesario, real, y por tanto fundamento de otras cosas. Se habla de la vida ontológicamente, no pensando su sentido biológico, pero tampoco abstractamente. Si afirmamos, entonces, que morir con dignidad es un ejercicio final del derecho fundamental a la vida, debemos pensar como dice Maldonado: "el conocimiento fundamentado de los derechos humanos se distingue de todo otro tipo (positivo) de conocimiento por objeto: la vida humana, la persona y su dignidad".

---

65. Op. Cit pg. 247.

66. Maldonado, C.E. *Hacia una Fundamentación Filosófica de los Derechos Humanos.* ESAP, Bogotá, 1994, pp. 8 y ss.

La vida es un derecho humano inalienable, absoluto, que comprende todos los demás derechos, explicables y comprensibles sólo a partir de la vida humana[67].

La vida humana se determina por el tiempo "que es el de sus posibilidades, sus horizontes, de manera que desde esta perspectiva, es posible afirmar sin ambages que una vida es tanto más digna, cuantas más posibilidades contenga y cuantas más posibilidades actualice" de ahí la importancia del tema de la muerte digna como ejercicio final de ese derecho a la vida digna[68]. Por tanto, la calidad de vida no está condicionada solo exteriormente sino que incluye, condiciones propias e intrínsecas de su existencia que le dan fundamento.

La vida no sólo puede considerarse como exclusivamente hecho biológicamente fundamental, sino que además, tenga calidad. Y en esta última perspectiva se ubican casi todas las dificultades para aceptar la eutanasia como un derecho humano.

Filosóficamente los derechos humanos se fundamentan en la posibilidad real de ejercitar una decisión autónoma, de un acto consciente para lograr la dignidad de una vida que despliegue

---

67. Ibid pp. 20 y ss.

68. Ibid, "Así, que lo que fundamentaría la existencia humana y su dignidad, son las posibilidades que tiene, los horizontes que se plantea y las tareas que se proponga realizar y que pueda realizarlas".

por sí misma y deliberadamente los riesgos de sus propias posibilidades[69].

"Los derechos humanos se fundamentan en la necesidad de la vida humana como posibilidad. Pero el derecho a la vida no es en absoluto un problema biologista y lo que interesa es una vida digna; si se sostiene el derecho absoluto a la vida y que bajo este se comprenden los demás derechos, puede llegarse a plantear entonces por alguien "su derecho a morir".

La vida humana se realiza en la mundaneidad, es decir, "en el horizonte de todos nuestros actos, ideas, proyectos y relaciones con las personas y las cosas". La calidad de vida debe situarse al interior mismo de la existencia cotidiana, considerando la vida humana como valor en sí misma.

Si la muerte es parte final de la vida o si la muerte es vida aún, la vida misma en su etapa final, entramos entonces en el terreno del concepto de la muerte digna y cuáles son las condiciones para que esa vida sea digna en el moribundo, en el paciente terminal o en el que

---

69. En cuanto al tema de la calidad de la vida, que como dijimos no se puede determinar desde la exterioridad del individuo, Maldonado afirma lo siguiente: "la calidad de vida se hace efectivamente posible, racionalmente válida y existencialmente legítima sólo cuando una tal calidad se determina a partir del existir mismo, de la vida misma, precisamente, y no externamente. Sólo en confrontación con y desde la vida misma cabe hablar sensata y responsablemente acerca de la calidad de una existencia digna". Maldonado, C.E. Fundamentos para la comprensión del problema de la calidad de vida. Mundo, posibilidad y apertura. En: *Bioética La Calidad de Vida en el siglo XXI.* Colección Vida y Ethos N°1. Escuela Colombiana de Medicina Bogotá, Colombia, 1995. pp. 34 y ss

ha perdido su conciencia o en el que no tiene manera de comunicarse efectivamente.

¿Qué Muerte es Digna Del Ser Humano? ¿Qué Clase de Muerte Merecemos?

D. Gracia en su obra "Primun non Nocere"[70] hace un riguroso estudio sobre el principio de la no - maleficencia como el principio rector de la ética médica a lo largo de su historia y lo relaciona con la dignidad humana. La no - maleficencia es en sí principio y fundamento de la bioética que a su vez absorbe la ética hipocrática manteniéndola viva en su interior. El médico debe aliviar al paciente o al menos no causarle daño.

Aquí hay una relación inseparable entre el no dañar y la dignidad humana; por tanto, un postulado de "ética mínima" que exige no perjudicar. El favorecer al enfermo entonces, es mas un consejo que un precepto.

Al parecer los autores hipocráticos desconocieron el concepto de autonomía y la distinción entre la no-maleficencia como principio deontológico y la beneficencia como principio teleológico para cuya distinción es necesario interponer entre ambos el concepto de autonomía.

De la no - maleficencia como precepto ético de interpretación autonomista Gracia afirma, haciendo referencia a los derechos

---

70. Gracia, D. *Primum non Nocere. El principio de No-maleficencia como fundamento de la ética médica*, Instituto de España, Real Academia de Medicna, Madrid, 1990.

humanos[71]: "sólo puede hablarse de no-maleficencia como principio distinto del de beneficencia a partir del siglo XVII, es decir, cuando se formula la primera tabla de derechos humanos. El objetivo de esa tabla era definir y proteger la autonomía de los seres humanos contra toda interpretación de tipo beneficentista o paternalista. También cabe decir que entonces es cuando empezó a formularse, quizá por vez primera, una ética racional auténticamente deontológica. Los principios absolutos de esta nueva ética fueron, precisamente, los derechos humanos".

La no - maleficencia como principio ético específico, se produjo, como un descubrimiento del mundo moderno.

Para Locke el hombre desde el comienzo tiene derecho a la vida, a la integridad física, a la libertad de conciencia y a la propiedad. No se le puede hacer mal a nadie lesionando su vida, su integridad física, su conciencia o sus propiedades. Para Adam Smith los derechos humanos tienen carácter de no - maleficencia basados en el egoísmo racional y calculado que se expresa en la ciencia económica.

John Stuart Mill sostiene que los deberes de "obligación perfecta" son aquellos que generan un derecho correlativo en las personas. Los deberes de obligación imperfecta por el contrario son de orden moral y no originan derechos. Por tanto, los de obligación perfecta son deberes de justicia y no - maleficencia en cambio los de obligación imperfecta, de caridad y beneficencia son siempre voluntarios y por

71. Ibid, pp. 63 y ss.

ello va unida al concepto de libre albedrío. La no - maleficencia es de obligatoriedad y va unida al principio de justicia[72].

R. Nozick, elaboró a partir de Locke el concepto de "estado mínimo" que tiene por objeto único respetar y proteger los derechos de los individuos. Se basa además en la distinción kantiana entre medios y fines, siendo así los derechos humanos fines y no medios y por tanto, en ningún caso puede justificarse su transgresión. En la perspectiva de la teoría de la justicia de J. Rawls existen dos tablas distintas de derechos humanos, una de derechos negativos o "perfectos" y otras de derechos positivos o "imperfectos".

Sin distinción alguna, para R. Dworkin la equidad significa que "todos los hombres tienen derecho a igual consideración y respeto"[73].

Con el auge de interpretación autonomista del principio de no - maleficencia, tomó un nuevo impulso la teoría de los derechos humanos, civiles y políticos. La persona tiene el derecho a que nadie atente contra su vida. También se consagra entre los derechos humanos el de autonomía o autodeterminación que en la ética médica equivale a que el paciente tiene capacidad para definir lo conveniente o inconveniente para él.

Sin embargo Gracia[74] sostiene que la autonomía, no puede considerarse fundamento de la ética médica, sino el principio absoluto

72. Ibid Cfr pp. 65 y ss.

73. Dworkin, R. *Los Derechos en Serio.* Ariel, Barcelona, 1984, pp. 38 y ss.

74. Gracia, D. *Primum non Nocere,* op. Cit pp. 81 y ss.

de no maleficencia, puesto que beneficencia, tomada como opuesta a autonomía, deja de ser beneficencia para convertirse en maleficencia.

Así mismo señala que se ha producido un desplazamiento histórico y paulatino desde el médico hacia el enfermo y que este tiene algo qué decir en la determinación que se tome sobre su situación vital y que la beneficencia no puede imponérsele desde fuera en contra de su voluntad.

Concluye[75] "Piénsese lo que se quiera de su licitud moral, no hay duda de que "matar" y "dejar morir" son acciones de distinta moralidad, porque la primera ha de tener en cuenta la autonomía de la persona, y la segunda no. Dejar morir, evitando la distanasia, es un acto de no-maleficencia y justicia; matar, procurando la eutanasia, es, en el mejor de los casos, un acto de autonomía y beneficencia".

Para A. Cortina[76] toda la vida social hoy gira en torno al concepto de autonomía. Las diferentes perspectivas de la organización actual de la vida social exigen respuestas desde esas mismas perspectivas destacándose la política, la jurídica, la médica, la pedagógica y la moral. Por tanto, el concepto de autonomía resulta polisémico y requiere saber su significado en el contexto de cada una de estas diversas dimensiones.

---

75. Ibid. pp. 92 y ss.

76. Cortina, A. Radicalizar la democracia desde un nuevo sujeto moral. La crítica del sujeto, en: *Etica Aplicada y Democracia Radical.* Tecnos, Madrid, 1998, pp. 123 y ss.

Distingue en el sujeto (pragmática lingüística) como "Yo " la existencia para mí de un modo subjetivo al que tengo acceso privilegiado y de un modo social al que pertenezco.

Dos dimensiones constituyen al sujeto "yo": la autonomía personal y la autorealización individual que van a trascender en la vida social.

La pragmática lingüística superaría así el concepto kantiano limitado al ámbito del formalismo ético abstracto, al considerar capacitado al sujeto para ser reconocido como persona, concreta, sujeto de "derechos y deberes", universalmente, incluso en el campo de la medicina. En esta el paciente se considera capaz para tomar decisiones que le afectan vitalmente, y el médico no puede desconocer o despojar tales decisiones, excepto cuando el paciente no tenga un grado de autonomía suficiente, puesto que la decisión del paciente está ligada a su biografía, y a su situación actual y a sus relaciones psicosociales y valores que lo hacen ser único e intransferible.

En la relación dialógica médico-paciente la información debe ser suficiente pues el paciente tiene derecho a vivir su propia muerte (eutanasia) si así lo quiere. Es una relación no de sujeto a objeto (paternalista) sino de sujeto a sujeto (Dialógica).

Lo anterior plantea la discusión abierta hoy en la bioética y en la sociedad sobre temas de gran complejidad como despenalizar el suicidio asistido, el propugnar la muerte digna como un derecho. Algunos consideran, que la vida biológicamente es en sí misma un valor absoluto anterior en dignidad a la libertad de elegir la propia muerte. El tema de la eutanasia está abierto a la discusión, aunque es

difícil y a veces improcedente cuando se asumen posiciones fundamentalistas, dogmáticas o intolerantes. Para Louis-Vincent Thomas en su libro La Muerte[77] el morir tiene en nuestros días diversas características que nos ponen de manifiesto, tanto en las estadísticas como en las observaciones y testimonios que las personas ya no mueren en su hogar, rodeados de sus familiares.

Actualmente, en cambio, se muere en instituciones de salud, centros asistenciales o establecimientos geriátricos.

Esto obedece a diversas razones. Las reducidas dimensiones de las viviendas en las que no se puede alojar a los padres ancianos o familiares enfermos, la dificultad de proporcionar cuidado a la persona enferma cuando los dos miembros de la pareja trabajan, el agobio de la falta de tiempo, la necesidad de evadir la agonía que se hace insoportable para los que rodean al moribundo, la creciente tecnificación de la medicina y el aumento del acceso de la población a la asistencia sanitaria, sin negar ciertos intereses económicos o "científicos" o ciertas expectativas de prestigio por parte de algunas instituciones o profesionales de la salud.

Así : "el enfermo" resulta alejado de su familia, que a menudo ya no quiere ocuparse de él, y lo lleva a una institución que "no se hace cargo de la persona sino de su enfermedad".... (El enfermo) sufre un doble y penoso confinamiento: en efecto, el alejamiento relacional viene a confirmar el alejamiento espacial, las visitas del médico al paciente a

77. Thomas, L-V. *La Muerte.* Ed.Paidos Studio Barcelona, pp. 79 y ss.

veces rodeado de biombos o trasladado a una sala para moribundos, se hacen cada vez más cortas e infrecuentes.

A menudo no es ya el médico jefe quien se acerca, sino el ayudante, la enfermera o el auxiliar, así mismo, el tiempo que transcurre entre el momento en que el moribundo oprime el botón de llamada y aquel en que se hace presente la enfermera se prolonga cada vez más[78].

Coinciden los autores citados, en que la muerte institucional implica un mayor riesgo de "ensañamiento terapéutico".

La impersonalidad de los hospitales intimida en particular a los pacientes que están muriendo; la intimidad se limita puesto que el personal sanitario le vigila constantemente. La familia debe adaptarse a un horario de visitas muy estricto. La aparatosidad de los mecanismos que rodean al paciente representa un obstáculo al más mínimo contacto físico "en un ambiente tan extraño, nadie puede esperar una muerte digna y apacible"[79]. "De esta forma, si el paciente moribundo se halla consciente se sentirá aislado, desconcertado, entubado y asistido, no por el contacto humano, sino por las maravillas del progreso científico y sistemas todopoderosos para salvar la vida"[80].

Se muere además, a edades cada vez más avanzadas, gracias al aumento de la expectativa de vida, lo que unido al control de la natalidad, provoca el envejecimiento de la población y la exposición

78. Ibid. pp. 90.

79. Humphry, D. y Wicket, A. *El derecho a Morir*. Ed.Tusquets Barcelona 1989.

80. Ibid. pp. 258.

de un número cada vez mayor de personas a enfermedades degenerativas y crónicas propias de la tercera edad.

El cáncer, enfermedades cardiovasculares y ahora el SIDA, afectan en mayor o menor grado y provocan un determinado desenlace según se tenga o no acceso al progreso de la medicina. Debemos tener en cuenta, además, el trauma, que endémicamente afecta a las personas de cualquier edad y la magnitud de las lesiones demandan permanentemente la atención de las unidades de cuidados intensivos.

Sin embargo, la situación en los últimos 15 años ha cambiado, la preocupación por las necesidades del enfermo terminal que surgió desde 1967 con la aparición del libro de Elizabeth Kübler-Ross Sobre la Muerte y los Moribundos, ha desencadenado en todo el mundo la conformación de equipos asistenciales interdisciplinarios especializados en la atención del paciente terminal, aunque por lo menos en Colombia, todavía su cobertura es poca y no se ha establecido formalmente a nivel institucional. De otra parte, los movimientos en favor de la eutanasia siguen trabajando en todo el mundo especialmente en lo que se refiere al derecho de decidir la propia muerte, la ayuda médica para lograrlo y la legislación que reglamente tales conductas.

Hacia una Concepción de Muerte Digna

Ahora bien, la dificultad de precisar las características de la muerte digna , radica precisamente en la peculiaridad de la persona a quien se refieren esas características.

Muchas personas como Cicely Saunders, pionera de las clínicas terminales "está convencida de que el sufrimiento, tanto si es físico como psíquico forma parte de la experiencia religiosa y da un significado a la fe" [81], por tanto, esos enfermos soportarán con resignación y sacrificio el dolor y el sufrimiento que produce por ejemplo, un cáncer terminal.

Otros como D. Humphry, abanderados del movimiento a favor de la eutanasia activa y fundador de la Sociedad Hemlock que propende porque se respete la última de las libertades civiles, esto es, el derecho a morir cuando la vida llegue a hacerse físicamente insoportable, el dolor es grande, y no hay perspectiva de recuperación.

El enfermo experimentará, que el dolor de la enfermedad terminal menoscaba su dignidad y su autonomía en cuanto deteriora su conciencia y preferirá buscar ayuda activa para terminar sus días en la plenitud de sus facultades mentales.

El vencimiento de la resistencia a decir la verdad al paciente en relación con su muerte próxima provino más de parte de paramédicos, psicólogos, sociólogos y luego de psiquiatras que de los médicos en general.

El reconocimiento del derecho a morir dignamente preconizado inicialmente por Feifel[82] y luego por E. Kübler- Ross[83] en sus

---

81. Ibid. pp. 246.

82. Feifel , H. *The Meaning of Death*, McGrawHill, New York, 1959.

83. Kübler-Ross, E. *Sobre la Muerte y los Moribundos.* Grijalbo, Barcelona, 1969.

respectivos libros The Meaning of Death y Sobre la muerte y los Moribundos dieron origen a la corriente de opinión a favor del moribundo abandonado a su suerte y a lograr su dignidad menospreciada en la práctica hospitalaria.

"Es la dignidad de la muerte la que plantea problemas. Esa dignidad exige ante todo que sea reconocida, no ya sólo como un estado real, sino como un acontecimiento esencial, un acontecimiento que no está permitido escamotear"[84].En 1973, la asociación de hospitales americanos usó por primera vez la expresión "derecho a morir" en la "Declaración de los derechos del enfermo". La expresión "Derecho a morir" puede entenderse como un derecho a eutanasia o como un criterio de ética del morir.

Entre estas dos posiciones, y aún fuera de ellas, existe una inmensa gama de características para lo que es una muerte digna, tantas como personas dispuestas a elegir su forma y proceso de morir.

Niveles de análisis sobre el concepto de "muerte digna"

Nivel Médico

El médico como persona, antes que como profesional, no está exento de las reacciones que suscita la muerte y el proceso de morir en nuestra sociedad occidental.

---

84. Ariés, Ph. *El Hombre ante la muerte.* Ed.Tauros, Madrid, 1983 pp. 489.

Elizabeth Kübler-Ross y Louis - Vincent Thomas, coinciden en que las más relevantes de estas reacciones son el rechazo y la impotencia:

a) Rechazo: que es ante todo psicológico, los lazos que unen el miedo y la culpa son ineludibles: miedo de morir y culpa, (de forma consciente o inconsciente), de desear la muerte del otro.

El rechazo también es social: oscilamos entre lo no dicho y los eufemismos y las sutilezas que disimulan o tergiversan su significado.

b) Impotencia: el moribundo entra para el sobreviviente en una zona de "no intervención" aparente. Nada se puede hacer para impedir que muera, obstaculizando así el natural impulso humano de obrar con expectativa de algún éxito.

El morir es una relación entre moribundo y sobreviviente nos dice Thomas, y prosigue: "el que muere (quizás en mi lugar o por mi causa) se lleva a la tumba una parte de mí si yo le profesaba afecto; también puede enriquecer mi personalidad, si al exhalar su último suspiro, da muestras de sabiduría: hay, en efecto, muertos que transforman al sobreviviente (L. V. Thomas, Mort et Pouvoir) ... las sociedades han sabido siempre identificar los signos que anuncian la muerte en especial a partir de los hechos insólitos o de coincidencias fortuitas. Lo que nos interesa especialmente es el presentimiento experimentado por el paciente de que la muerte se avecina.

Sin duda el moribundo advierte ciertos indicios como la fatiga y, más aún, el comportamiento de quienes lo rodean: ojos enrojecidos,

conversaciones en voz baja, espaciamiento o brevedad de las visitas, control anormalmente repetido del pulso o de la tensión, traslado a una habitación aislada. Todo sucede, entonces, como si el moribundo, reuniera sus fuerzas hasta la hora que él mismo ha fijado más o menos consciente y luego de pronto abandonara su esfuerzo [85].

Sin embargo, desde hace unos veinticinco años tiende a consolidarse una actitud diferente y se valora cada vez más la ayuda al moribundo. Este cambio ha provocado dos tipos de reacciones:

a) Rehabilitación del moribundo: los primeros trabajos surgen de E. Kübler-Ross y R. Moody, quienes consideran al paciente terminal un maestro del pensamiento que pasa en su agonía por una experiencia única.

b) Reivindicación de una muerte digna: se reclama lo que en otro tiempo era algo natural: que el moribundo tenga un lugar, una opinión, y sobre todo, que frente al dominio de los médicos, sea él quien diga cómo quiere librar su último combate. De ahí las reivindicaciones que plantean en todo el mundo, a menudo con fe y rigor, una treintena de asociaciones que reúnen 500 mil afiliados, la mitad de ellos en los Estados Unidos : Exit en Inglaterra y ADMO o Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (Asociación por el Derecho de Morir con Dignidad) en Francia.

El objetivo es la libre disposición de la propia vida y, por tanto, de la propia muerte. Esto implica necesaria y simultáneamente una reforma

85. Thomas, L-V. *La muerte.* Ed. Paidós Studio Barcelona. 1991, pp. 66-68.

del Código Penal (desincriminación de la eutanasia) y el Código de Deontología Médica, el rechazo del ensañamiento terapéutico y la obligación de informar al paciente sobre su estado[86-87].

"La tecnología médica ha contribuido a que muchas veces se libre la batalla contra la muerte en circunstancias heroicas y en ocasiones inhumanas, con resultados no siempre afortunados..., con la única finalidad de prolongar la vida, es decir, la agonía.... Es aquí donde se encuentra el meollo del conflicto, dado que la prolongación de la vida en circunstancias tales no está científicamente ni humanamente justificada. Es que riñe con los derechos del paciente y con los principios de ética profesional. Dejar morir en paz es un deber elemental, una obligación ética del médico... En los últimos cincuenta años han surgido recursos heroicos que hacen factible que los médicos puedan prolongar la vida de sus pacientes críticamente enfermos..... Desafortunadamente no siempre la calidad de vida que se ofrece haciendo uso de aquellos está de acuerdo con la dignidad de la persona".

Nace de la lectura anterior una reflexión: el médico no solamente debe procurar la calidad de vida, sino también de acuerdo a la realidad de su paciente, contribuir a la calidad de la muerte.

---

86. Ibid., pp. 96.

87. La Corte Constitucional de Colombia en su sentencia N° C-239/97 de Mayo 20, 1997 declaró la despenalización de la eutanasia por considerar el derecho a morir dignamente como uno de los derechos humanos.

Pero "¿Cómo afronta la agonía, la desfiguración y la muerte una persona cuya profesión es la de salvar, curar y prevenir? (Los Angeles Times 1984)[88].

En la búsqueda de reivindicar una muerte digna se señalan actualmente cuatro intentos de lograrla : combatir el encarnizamiento terapéutico, respetar el testamento de vida, reivindicar la eutanasia y los cuidados paliativos.

En la reivindicación de la muerte digna se señala una ambigüedad" debido en gran parte a la confusión entre el derecho a morir en paz y el derecho a morir. Si el primero se basa en el rechazo del ensañamiento terapéutico y el deseo de dejar que la muerte siga su curso en un contexto humano, el segundo, al contrario, permite recurrir a la eutanasia voluntaria y el suicidio asistido"[89].

La psicóloga Isa Fonnegra de Jaramillo, directora de la Fundación OMEGA de Colombia, aclara[90]:"En nuestro entrenamiento en las facultades de salud, aún sabiendo cierto el hecho de que como médicos, enfermeras, psicólogos, psiquiatras, etc., debemos afrontar la muerte de nuestros pacientes, no se abre espacio para atender la formación de los alumnos en Tanatología, ni para ofrecerles la oportunidad de revisar actitudes personales frente a la muerte, que en muchas

---

88. Humphry, D, Wickett, A. *El Derecho a Morir*. Op cit pp. 161.

89. Baudouin J-L, Blondeau D. *La ética ante la muerte y el derecho a morir*. Herder, Barcelona, 1995, pp. 117 y ss.

90. Fonnegra, De J., Isa. *El proceso de Morir y la muerte última Etapa del Desarrollo Humano*. Fundación Pro Derecho A Morir Dignamente. Satafé de Bogotá, pp. 4,7-8.

ocasiones determinarán las características de su intervención con un paciente en trance de morir... Si bien las cosas "deberían ser" de otra manera, es un hecho innegable que el paciente en estado terminal, es decir víctima de una enfermedad incurable y con un tiempo de vida predecible corto, es un paciente no querido y en muchos casos, abandonado e ignorado por los profesionales de la salud".

"Es obvio que el entrenamiento que hemos recibido ha sido siempre encaminado a vencer la enfermedad, curarla y así triunfar sobre la muerte. No lograrlo, implica aceptar una derrota y experimentar las penosas sensaciones de la impotencia (vs. la omnipotencia) y el fracaso. La relación médico - paciente terminal incluye elementos estresantes para ambas partes: dar malas noticias, la toma de decisiones, el manejo del apego afectivo que se da y la sensación de vulnerabilidad consiguiente, y finalmente, el afrontar los duelos profesionales o sea, las reacciones naturales de dolor por la muerte de los pacientes, imprimen a ésta relación características muy particulares, con emociones intensas, dilemas éticos y presiones que en muchos casos, llevan al médico a evitar relacionarse con este tipo de casos... tales sentimientos y emociones por parte del médico no son vistos como "profesionales" sino como señales de debilidad e ineficiencia, lo cual lleva al médico a esconderlos tras una fachada rígida, fría e impersonal... En nuestro medio no existe aún consciencia de las consecuencias a nivel físico (fatiga, sobrecarga, insomnio, somatización, etc.) y psicológico (ansiedad, irritabilidad, sentimientos de culpa y autoreproches, desapego afectivo, etc.) del trabajo cotidiano con estos pacientes, cuando no se legitiman sus afectos y cuando no se han diseñado fuentes de apoyo y soporte para el equipo profesional que permitan la saludable experiencia de compartir la carga con otros".

Y hablando de la muerte institucional volvamos a Thomas: la muerte institucionalizada no facilita la labor de los médicos y enfermeras, colocados en una situación en la que presencian alternadamente el espectáculo de la muerte y su negación ; en la que deben cuidar al enfermo y por lo tanto estar en contacto con él y, al mismo tiempo, evitar toda relación con él, puesto que teniendo la muerte por objeto, esa relación podría ser mortal; en la que, habiendo sido formados técnicamente para curar o al menos para cuidar, deben también ayudar a morir, tarea para la que no han recibido ninguna preparación en ningún nivel[91].

Es interesante anotar que tradicionalmente el personal de enfermería es el más dispuesto al cambio de actitud respecto al enfermo terminal (y esto incluye la administración de la eutanasia pasiva), sin duda porque su relación cotidiana, física y psicológica con el paciente es más estrecha, lo que lo hace más permeable a sus necesidades.

Humphry y Kübler-Ross coinciden ampliamente en este concepto. Esta mayor consciencia plantea a la enfermera un conflicto entre la obediencia a las órdenes del médico y los propios principios y convicciones respecto a las obligaciones hacia el paciente.

Nivel Jurídico

La problemática casuística en torno a la eutanasia ha tenido su principal escenario en el ámbito jurídico.

---

91. Cfr. Thomas, L-V. *La Muerte*, op cit,pp. 93.

En enero de 1950, la Asociación Pro Eutanasia de Inglaterra envió una petición a la Asociación Norteamericana de Nueva York para que la presentara en las Naciones Unidas. Este documento firmado por 387 británicos (entre los que se contaban seis miembros del Parlamento), solicitaba una "Enmienda de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que incluya el derecho a la eutanasia voluntaria para los enfermos incurables". Más de dos mil norteamericanos entre ellos las dos terceras partes eran sacerdotes y médicos, firmaron el documento.

Esta solicitud aboga por un mundo en el que "los seres humanos tendrán..... libertad en lugar de temor"..... "No se presentó la solicitud a Eleanor Roosevelt (presentada en la comisión de Derechos Humanos) hasta diez años más tarde. La señora Roosevelt simpatizó con la petición de los enfermos incurables, pero advirtió que no era conveniente presentarla en ese momento, ya que la comisión se ocupaba de los temas relativos al genocidio judío durante la II Guerra Mundial"[92].

Si bien la objeción de la señora Roosevelt fue la no oportunidad de la solicitud, este inconveniente parece parcialmente válido.

El planteamiento del derecho a la eutanasia voluntaria, es probable que hubiera creado resistencia en los sectores conservadores al interior de la ONU, pero además podría haberse considerado discriminatorio respecto al derecho de elegir otras formas de morir, lo que habría restado universalidad y efectividad a este reconocimiento que en su

92. Humphry, D, Wickett, A. *El Derecho a Morir*. Op.cit, pp.64.

forma más general sería el derecho a morir dignamente y que debería ser incluido en el Artículo 3ro. de la Declaración Universal de Los Derechos Humanos, junto al derecho a la vida, o a la libertad y a la seguridad de la persona.

A pesar de esto, la propuesta consiste en reconocer el derecho a morir dignamente, como un derecho fundamental, cuyo ejercicio sólo es posible con base en el derecho a la vida misma, mediante los instrumentos jurídicos nacionales e internacionales que poseemos actualmente.

El artículo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos prohibe la tortura y los malos tratos así: "Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes".

El Artículo 12 consagra el derecho a la honra así: "Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada o su correspondencia, ni de ataques a su honra o su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques".

Si bien la necesidad del reconocimiento de estos derechos y su consagración universal en una declaración de las naciones, derivó de la reflexión, el horror y la vergüenza por los crímenes durante la II Guerra Mundial, con el objeto de proteger a la persona frente al poder desmedido de los estados, no se debe olvidar que la ciencia y la tecnología, cada vez más interferidas y controladas por el Estado, son instrumentos de ese poder y dentro de ellas está por supuesto la tecnología médica.

De esta manera, la imposición de un tratamiento médico, cualquiera que sea su nivel tecnológico a un enfermo terminal sin su consentimiento, se constituye en un trato cruel e inhumano y una injerencia en la vida privada del paciente, cuando este está consciente, y en la de su familia si está inconsciente (y es ésta la que decide por él), violentando así la integridad física y psicológica de la persona y su derecho a la intimidad a través de un agente que puede o no obrar en nombre del Estado, (el trabajador de la salud puede desempeñarse en forma particular institucional u oficial), pero que en cualquier caso maneja conocimientos y técnicas que colocan al paciente en situación de desventaja.

La autonomía de la persona es un derecho subjetivo, por tanto, conlleva una obligación entre dos personas, y así, la autodeterminación, obliga al médico a no iniciar o interrumpir un tratamiento por voluntad del enfermo. Es un derecho "negativo" no aceptado aún universalmente y a veces se sanciona no sólo éticamente sino penal y civilmente. "El derecho a no ser tratado, es pues un derecho a la no intervención, pero no aún un derecho a la muerte. Es un derecho a dejar morir y no un derecho a hacer morir"[93].

Por otra parte, surge la inquietud que manifiesta Thomas[94], refiriéndose a la necesidad de desincriminar la eutanasia en circunstancias excepcionales e indubitables, pero que bien sirve para tener en cuenta ante cualquier intento biojurídico; ".....hay razones

93. Baudouin J-L, Blondeau D. *La ética ante la muerte y el derecho a morir*, Herder, Barcelona 1995, pp. 118-119.

94. Thomas, L-V. *La muerte*, Op. cit, pp. 111.

para temer una codificación demasiado precisa, demasiado importuna, no adecuada a la especificidad irreductible de cada caso, demasiado restrictiva; el ensañamiento legislativo, parece tan peligroso como el ensañamiento terapéutico o el ensañamiento eutanásico, ya que cuando más afectado se siente el hombre interior más escapa a la ley general y abstracta".

Así mismo el Código colombiano de ética médica[95] señala: Título I: Disposiciones Generales. Capítulo I: Declaración de principios. Artículo 1ro., numeral 4o. "La relación médico - paciente es el elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico, el cual impone la más estricta reserva profesional".

Título II : Práctica Profesional. Capítulo 1°: De las relaciones del médico con el paciente. Artículo 10 "El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.

Parágrafo: El médico no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamientos médicos y quirúrgicos que no se justifiquen".

Artículo 12 : "El médico sólo empleará medios diagnósticos o terapéuticos debidamente aceptados por las instituciones científicas legalmente reconocidas".

---

95. Colombia, Ley 23 de 1981 (18 de febrero) Decreto reglamentario 3380 de 1981.

Respecto a éste último artículo se crea un vacío en lo que se refiere a las terapias alternativas que aunque no aceptadas por el cuerpo médico tradicional, sí lo son por muchos pacientes terminales que encuentran en ellas una opción positiva, que ofrece una calidad de vida aceptable, con una mínima invasividad.

Parágrafo: "Si en circunstancias excepcionalmente graves un procedimiento experimental se ofrece como única posibilidad de salvación, éste podrá hacerse con la autorización del paciente o sus familiares responsables y si fuere posible, por acuerdo en junta médica".

Artículo 13: "El médico usará los métodos y medicamentos a su disposición o alcance mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad. Cuando exista diagnóstico de muerte cerebral, no es su obligación mantener el funcionamiento de otros órganos o aparatos por medios artificiales".

Artículo 14: "El médico no intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, o a personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata".

Artículo 15: "El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o psíquicamente salvo en los casos en que ello no fuere posible, y lo explicará al paciente o a sus responsables de tales circunstancias anticipadamente".

Artículo 16 : "La responsabilidad del médico por reacciones adversas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente, a sus familiares y allegados".

Faltaría contemplar la situación en la que el paciente solicita se le practique un tratamiento o terapia que el médico tratante de acuerdo a sus convicciones no puede en conciencia practicar, éste no está obligado a hacerlo, lo que no lo autoriza para abandonar a su paciente o negarle la orientación o información que posea sobre el particular, pero sí lo exime de cualquier responsabilidad por complicaciones del tratamiento en cuestión si éste fuere aplicado.

Respecto al homicidio piadoso la Ley colombiana en su Código Penal de 1990 dice: Artículo 326: "Homicidio por piedad: el que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave o incurable, incurrirá en prisión de seis meses a tres años".

Este artículo fue declarado exequible por sentencia de la Corte Constitucional del Mes de Mayo de 1997, en el sentido de despenalizar el homicidio por piedad, teniendo en consideración el derecho a morir dignamente como ejercicio final del derecho fundamental a la vida[96], "con la advertencia de que en el caso de los enfermos terminales en que concurra la voluntad libre del sujeto pasivo del acto, no podrá derivarse responsabilidad para el médico autor, pues la conducta esta justificada".

---

96. Sentencia N° C-239/97 Corte Constitucional de Colombia, mayo 20 1997.

Artículo 327: "Inducción o ayuda al suicidio: el que eficazmente conduzca a otro al suicidio o le preste una ayuda efectiva para su realización incurrirá en prisión de dos a seis años".

La Muerte Frente al Derecho Fundamental a La Vida

Definición Constitucional

La Constitución Política Colombiana de 1991 en su preámbulo consagra como fines del constituyente: "..... asegurar a sus integrantes la vida... la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz....", luego en el Título I. De los Principios Fundamentales, Artículo 2do. dice: "las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia en su vida, honra, bienes y creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares". Así mismo, en el Título II: De los Derechos, Garantías y los Deberes, Capítulo 1. De los Derechos Fundamentales reconoce la inviolabilidad del derecho a la vida en el artículo 11: "El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte".

La reflexión realizada en el análisis jurídico sobre la situación de indefensión del paciente terminal conduce al artículo 12 que prohibe la tortura pero especialmente en el artículo 13 que consagra el derecho a la igualdad: "Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política y filosófica. El Estado promoverá

las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan".

Esta normativa constitucional proporciona elementos suficientes para reconocer el derecho a morir dignamente del enfermo terminal, dentro del marco de los derechos fundamentales, como el derecho que tiene una persona de elegir libremente y pacíficamente, su forma de morir, de acuerdo a sus principios, valores y convicciones, en condiciones de igualdad respeto, de su familia y personal médico tratante, condiciones que se materializan en el respeto mutuo, la aceptación, la comunicación, la información, el consentimiento y el acuerdo mediante la decisión pactada.

Recordemos además el artículo 94 por el cual se reconoce todo derecho y garantía inherente a la persona que no esté contenido en la Constitución o en instrumentos internacionales así: "La enunciación de los derechos y garantías contenidos en la Constitución y en los convenios internacionales vigentes, no debe entenderse como negación de otros que, siendo inherentes a la persona humana, no figuren expresamente en ellos". Es este el caso del derecho a morir dignamente, no enunciado en la Constitución Política de Colombia de 1991.

Con base en lo anterior cabe la pregunta:

¿Qué es más prioritario para el enfermo terminal, la inviolabilidad de la vida o su calidad? Es una cuestión que sólo puede ser resuelta

por el titular en ejercicio legítimo de su derecho a la vida, con base en los principios de autonomía, dignidad e inviolabilidad misma y según sus circunstancias particulares.

Cómo, cuándo, dónde y por qué morir, y la capacidad de elegir el proceso adecuado de morir, son decisiones inherentes al ejercicio del derecho a la vida, llevan a su máxima expresión el principio de la autonomía y autodeterminación de la persona y hacen parte de su plan y su concepto particular de vida buena, incluidas sus creencias religiosas, escala de valores y responsabilidades.

Humphry[97] cita al juez Popper, en el caso de la señora Martínez quien tenía una anemia hemolítica incurable y decidió poner fin a su tratamiento. El médico tratante trasladó la decisión al Tribunal, agobiado por el temor de ser acusado de mala práctica ya fuera por asistir a una suicida o por en caso contrario de tratar una paciente en contra de su voluntad. El juez se pronunció de la siguiente manera: "El tratamiento propuesto a la señora Martínez parece tan malo como la propia enfermedad"... "En definitiva, llegó a la conclusión de que (agrega Humphry) si un paciente en la fase terminal de una enfermedad prefería morir en paz, en lugar de sobrevivir en condiciones físicas y psíquicas lamentables, ello no ponía en grave peligro el carácter inviolable de la vida"... "Las personas tienen derecho a morir con dignidad" concluyó el juez.

Así, suspender un tratamiento como en este caso significa dar calidad al proceso de muerte y no meramente acortar la expectativa

---

97. Humphry, D. Y Wicket, A. *El Derecho a Morir.* Ed. Tusquets, Barcelona, 1989. Pp 308.

de una vida disminuida por un procedimiento aparentemente salvador. Además, la calidad de vida no es significativa sólo por la pauta cronológica de su duración. El planteamiento no es relativizar el principio de inviolabilidad del derecho a la vida, sino por el contrario entenderlo en su punto culminante, esto es, en el respeto y la no injerencia a la capacidad de decidir de la persona sobre el final de su vida, atendiendo a los conceptos propios de dignidad y autonomía que haya tenido y precisamente cuando una enfermedad terminal amenace con deteriorar la conciencia, y por lo tanto, el ejercicio de esos principios y derechos.

Desde un punto de vista estricto pero miope y recortado, el carácter inviolable de la vida impediría cualquier tipo de acción o procedimientos para modificar en cualquier sentido, incluida en esto la intervención sobre toda enfermedad, discapacidad o minusvalía que la afectara, lo que equivaldría a reducirla como lo hace el biologista.

La inviolabilidad del derecho a la vida se refiere y debe serlo siempre a la no intervención ajena a la propia persona, sobre ese derecho, a la exclusión absoluta del uso de la fuerza para limitarlo y al respeto irrestricto de todos los demás derechos que la vida posibilita y dentro de estos el derecho a morir dignamente como último aspecto del ejercicio del derecho a la vida.

El Derecho fundamental a la vida es extensivo al de la muerte digna para todos sin excepción.

La vivencia y las características de una muerte digna son, como vimos, individuales. No existe un único plan de vida universalmente

digno, como no existen dos personas iguales, por tanto, no existe tampoco un concepto unívoco de lo que significa morir dignamente.

Desde la perspectiva moral, las condiciones únicas, irrepetibles, intransferibles, inviolables que se concentran en la diversidad de cada persona convergen los principios que la definen como tal: dignidad, autonomía, inviolabilidad, y su convivencia pacífica en la tolerancia, el respeto mutuo y, cuando así lo permitan sus convicciones, en hacer el bien o no hacer daño a otro.

Son estas las condiciones y son estas las reglas de juego. Sólo así puede ejercer la persona su derecho a una vida digna según su plan individual, y en ejercicio de este derecho elegir también la forma de morir dignamente.

"La vida, por otra parte, nos pertenece; es algo personal e intransferible..... De igual manera, la muerte es también algo personal e intransferible. Por eso creo que puede afirmarse con propiedad que el individuo muere su propia vida y vive su propia muerte"[98].

Para el enfermo terminal en especial.

En un sentido general, desde el momento en que se corrobora un diagnóstico irreversible, definitivo y terminal empieza el proceso de morir. Como en ningún otro caso, la relación médico - paciente terminal, comienza por la aceptación de la atención, continúa con la información y el consentimiento y termina con una decisión pactada.

---

98. Sánchez, F. *Reflexiones en Torno del Derecho a Morir Dignamente.* Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente . Santafé de Bogotá, D.C. 1989, pp.6.

La condición del paciente sin pronóstico de curación, disminuido física y psicológicamente, lo coloca en estado de indefensión con respecto al médico, si se considera que éste posee el poder que le da el conocimiento del problema de la salud del enfermo. Es en este sentido que el reconocimiento de los derechos del paciente, de su voluntad y de sus decisiones, y la obligación moral y legal del médico de respetarlos, constituyen el límite y el mecanismo de control a los abusos de dicho poder.

Todos los autores citados coinciden en afirmar que el enfermo terminal tiene derecho a elegir una muerte digna, antes de que en términos actitudinales no sea capaz de morir con dignidad. La dificultad se plantea en la persona que sin haber podido manifestar su decisión con anterioridad, se ve enfrentada al proceso de morir en estado de inconsciencia.

El hecho de no haber dejado en forma escrita su decisión al respecto, no debe ser motivo para privar a un enfermo inconsciente de su derecho a morir en forma digna según su elección, máxime si las características de esa decisión pueden inferirse por su familia o su médico, de acuerdo a los principios, valores y convicciones, que exhibió en pleno uso de sus facultades mentales, aunque esa decisión de segunda mano esté obviamente contaminada por la apreciación propia y personal de los tutores.

Es precisamente en los casos de inconsciencia, sin documento escrito previo que exprese la voluntad, en las que con base en el principio de subrogación, se concede al incapacitado la dignidad a que toda persona tiene derecho, lo que implica el riesgo inevitable de realizar

apreciaciones erróneas, (por ejemplo, sobre el concepto de calidad de vida y vida digna que tuvo determinada persona cuando era consciente), siempre viciadas por el criterio de aquel en quien se subrogó.

Engelhardt lo expresa así: "A falta de instrucciones anticipadas es muy difícil determinar quien está autorizado para tomar decisiones en nombre de un individuo incompetente, y, consiguientemente, estas circunstancias ambiguas conducen a conflictos entre los familiares respecto a quién está autorizado para decidir lo que más conviene a un incompetente..... debemos recordar que la prolongación de la vida no siempre representa lo que más le conviene a la persona.... Las circunstancias de la vida pueden ser tan difíciles que justifiquen el rechazo del tratamiento por significar más un daño que un beneficio"[99].

Y refiriéndose a las determinaciones en torno al principio de subrogación, desde los tribunales en Estados Unidos: "En su mayoría, los tribunales han considerado apropiado que las decisiones sobre la calidad de la muerte las tomarán quienes deciden por poderes, pero se abstenían de permitir que se tomasen por poderes, decisiones acerca de la calidad de la vida"[100].

Estas dificultades se presentan igualmente cuando el paciente, aun consciente y voluntariamente declina en otra persona la toma de

---

99. Engelhardt, H. T. *Los Fundamentos de la Bioética.* Edit. Paidos Básica. Barcelona. 1995, pp. 385-386.

100. Ibid. pp. 387.

decisiones sobre todo cuando las consecuencias de la decisión por poderes resultan molestas, intolerables o inaceptables para el enfermo que delegó.

Otro debate es el uso de sofisticada tecnología médica en tensión con el respeto a los derechos fundamentales del paciente: las unidades de cuidado intensivo fueron diseñadas en un principio para la atención de traumas y postoperatorios de alto riesgo, de enfermos rescatables, pero no de enfermedades terminales, en las que el beneficio de esta tecnología es mucho más que dudoso y los que consideran en su gran mayoría cuando están en capacidad de elegir, afectadas su dignidad y su libertad con este tipo de atención.

Se plantean también varios dilemas urgentes de resolver: ¿En qué momento es una medida terapéutica oportuna y eficaz y cuándo se convierte en un cuidado desproporcionado o una tortura innecesaria? ¿Qué es excesivo y quién lo decide? ¿Es lícito utilizar un procedimiento sólo porque se dispone de él, o para hacerlo económicamente rentable, o para evaluarlo aunque las necesidades del paciente no lo justifique? ¿Con qué criterios podría elaborarse una legislación que limite el uso de la tecnología médica para convertirla en un instrumento al servicio de las personas y no en un fin, como tantos casos en los que se pervierte su objetivo? ¿Cómo medios terapéuticos ordinarios y sencillos, la alimentación a través de una sonda nasogástrica por ejemplo, pueden resultar extraordinarios para un enfermo terminal? ¿La viabilidad técnica de un procedimiento, puede erigirse en criterio moral?.

De nuevo Engelhardt afirma: "Con frecuencia evitamos toda responsabilidad en estos asuntos, afirmando que se debe tratar al

máximo para prolongar la vida humana todo lo posible y suponiendo que la medicina ha estado tradicionalmente obligada a salvar vidas a cualquier precio, pero, sin embargo, esta suposición es errónea. La medicina ha evitado tradicionalmente el tratamiento de casos desesperados. El compromiso ilimitado de proporcionar tratamiento a cualquier precio, con vistas a salvar la vida, sea cual fuere su calidad, es una peculiaridad moderna que carece de raíces clásicas. Pensemos en la afirmación de Séneca de que nadie está legitimado a quejarse de la vida o del sufrimiento, puesto que, si el dolor es excesivo, el suicidio es siempre una solución. Según Séneca si uno sufre no es culpa de nadie, sino de uno mismo. En este orden de cosas, tenemos que decidir el tratamiento que aceptaremos para salvar la vida, cuál rechazaremos e incluso cuándo, si es que alguna vez, el suicidio es una elección moral apropiada"[101].

Humphry[102] cita a Tancredi que dice: "se puede evaluar la eficacia de una tecnología por:

- Las posibilidades de recobrar las funciones básicas.
- El grado de alivio que se espera obtener.
- Las exigencias del tratamiento y las condiciones de adaptación de un paciente.
- Los efectos psicológicos (sobre la propia imagen por ejemplo)
- El costo.
- El carácter de la muerte".

---

101. Ibid, pp. 287.

102. Humphry, D. y Wickett A. *El Derecho a Morir.* Tusquets Edi. Barcelona. 1989, pp.267

Engelhardt[103] también nos da luz en este aspecto : "La mayoría de las teorías sobre la beneficencia adoptan una actitud según la cual los gastos, al igual que la probabilidad de fracaso, frustran los deberes de beneficencia..... La distinción realizada tradicionalmente entre la asistencia ordinaria y la asistencia extraordinaria proporciona una rúbrica general, utilizada como guía por los tutores a la hora de limitar los cuidados. Los tutores que actúan en el ámbito de contextos morales particulares también tienen presentes los costos, ya que estos impiden llevar a cabo las obligaciones de beneficencia. Se trata simplemente de que en cualquier contexto particular, las diferentes formas de soportar costos y beneficios conducen a cálculos distintos".

Ejercicio de la muerte digna, ámbito y límites

El ámbito en que se desarrolla y ejerce el derecho a morir dignamente en el enfermo terminal se puede situar en tres esferas: la de la propia persona (reflexión, juicio, decisión y acción consciente), el de la familia, amigos y personal médico y paramédico (respeto mutuo, aceptación, consentimiento informado y decisión consensuada) y la sociedad y el Estado (respeto a los principios de autonomía e inviolabilidad de la persona, reconocimiento y protección del derecho, no uso de la fuerza, principios de beneficencia, justicia y relación costo beneficio).

La reflexión que se propone en este ensayo atañe a la esfera personal, dependería de quien lo lea realizar sus propios juicios y considerar las decisiones y acciones a seguir de acuerdo a sus valores,

---

103. Engelhardt, T. *Los fundamentos de la Bioética*. Edit. Paidos Básica. Barcelona. 1989, pp. 386-387.

convicciones, creencias y proyecto de vida particular. Es esta reflexión el punto de partida para reconocer la existencia de este derecho y determinar si se quiere ejercerlo.

Pero, además, si se elige hacerlo, será necesario ampliar el radio de su ejercicio a las relaciones personales inmediatas : la familia, los amigos y el personal médico y paramédico. A este nivel el ejercicio del derecho a morir dignamente sólo se haría legítimo en el respeto mutuo, la aceptación, el consentimiento informado y la decisión consensuada. Por último, este derecho se ejerce en el escenario social, con sus circunstancias culturales, políticas y económicas.

Como derecho fundamental extensivo del derecho a la vida y con fundamento en los principios de dignidad, autonomía e inviolabilidad, no admite límite intrínseco y subjetivo diferente al del daño a otras personas, teniendo en cuenta que dicho límite solo puede ser impuesto por el titular del derecho en su decisión libre y consciente y en ausencia del uso de la fuerza.

El Principio del doble efecto

Este principio tradicionalmente sostiene que ante la necesaria conveniencia causal de los males que se presentaran necesariamente, se optará por la acción que causa el mal menor.

Fue introducido en 1957 por el Papa Pío XII respondiendo a un grupo internacional de médicos reunidos en el Vaticano acerca del uso de calmantes y analgésicos: "Si no existe relación directa o causal, ya sea a través de la voluntad de las partes interesadas o por el estado

de las cosas, entre la provocación de la pérdida del conocimiento y el acortamiento de la vida como por ejemplo, en el caso de que la supresión del dolor sólo se pudiera conseguir acortando la vida, y si por otra parte, la administración de medicamentos produce dos efectos distintos, uno el alivio del dolor y otro el acortamiento de la vida, la acción es legal"[104].

De esta manera se justifican acciones que producen en forma indirecta consecuencias funestas : la acción, independientemente de su efecto, no es nociva, ni censurable moralmente; la consecuencia mala no puede utilizarse para producir el efecto bueno; la consecuencia o efecto funesto no debe ser intencionada, de esta manera a pesar de la consecuencia mala hay razones para ejecutar la acción.

El Principio del Consentimiento Informado

El principio basado en el consentimiento del paciente establece una doble responsabilidad para los médicos:

1) El deber de informar al paciente acerca del tratamiento y sus consecuencias.

2) El deber de obtener el consentimiento del paciente antes de ser sometido al tratamiento[105].

---

104. Humphry, D. y Wickett, A. *El Derecho a Morir.* Tusquets. De Barcelona. 1989, pp. 82.

105. Op. cit, pp. 258.