

# “Las enfermedades crónicas y degenerativas deberían dar lugar a la eutanasia”

A propósito del debate actual sobre la eutanasia, Hojas de El Bosque habló con el Dr. Jaime Escobar Triana, autor de numerosos trabajos sobre la materia.

El Dr. Jaime Escobar Triana es, ante todo, un humanista. Aunque se formó inicialmente como médico-cirujano, pronto sus inquietudes se volcaron hacia la comprensión de los dilemas éticos que plantea la práctica de la medicina. Es Magister en Filosofía y Ph.D en Bioética. Ha sido magistrado del Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca, rector de la Universidad El Bosque y actualmente dirige el Departamento de Bioética. Ha recibido variadas distinciones por su trayectoria académica, entre ellas el prestigioso premio de ciencias “Alejandro Escobar” y su reciente nombramiento como “Maestro de la cirugía colombiana 2015”, de la Academia Colombiana de Cirugía.

Hombre de ojos claros, mirada serena y ademanes cordiales, el Dr. Escobar habla de sus ideas con ponderación y aplomo. Lleva más de cuarenta años cuestionando el modelo biomédico moderno, que concibe el cuerpo humano como una especie de máquina, como un agregado de órganos desvinculados del espíritu, pues desde su perspectiva humanística la vivencia de la enfermedad afecta al cuerpo como totalidad, y no a cada órgano por separado. De hecho, afirma que para



Texto:

**Gustavo Zuluaga Hoyos**

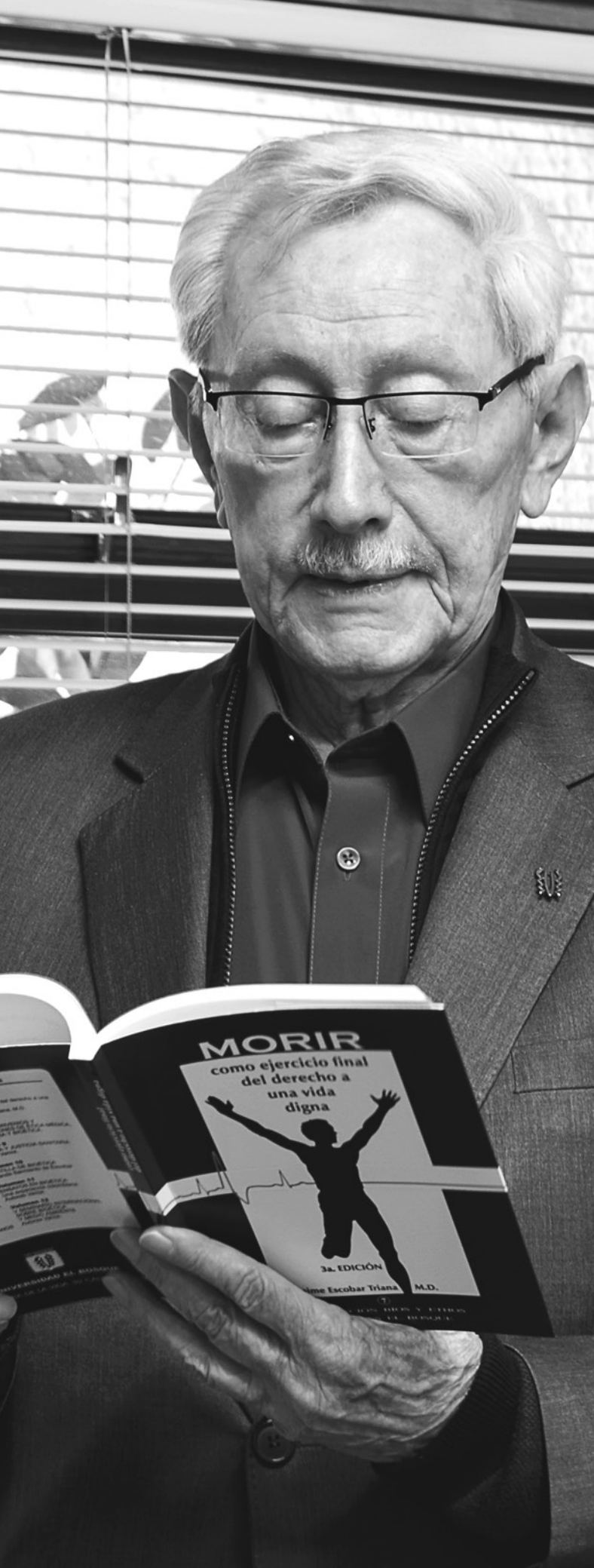
Vicerrectoría de Investigaciones, Universidad El Bosque

Fotografías:

**Juán David Andrade Salcedo**

Universidad El Bosque





sacar a la medicina de su crisis actual sería necesario repensar la relación médico-paciente: dejar de concebirla como una “relación científico-técnica y contractual”, y entender sus dimensiones afectivas, culturales y sociales.

El Dr. Escobar ha sido, además, un agudo crítico del actual primado de las tecnologías médicas que, aunque efectivas en su propósito de alargar la vida de pacientes próximos a la muerte, plantean graves dilemas éticos. *Hojas de El Bosque* dialogó con él acerca de este y otros temas relacionados con la muerte digna.

**HB-/ Usted sostiene en uno de sus libros que la preocupación actual por la eutanasia se debe al avance de las tecnologías médicas. ¿Podría ampliarnos este punto de vista?**

➊ Bueno, la verdad es que la preocupación por la eutanasia no es del todo nueva; siempre ha preocupado a la humanidad en occidente, desde el mismo Platón, que consideraba que la medicina es esencialmente eutanásica. Lo que sí es nuevo son estas “técnicas” de alargamiento de la vida, un tema relacionado con la biomedicina, las bio-

tecnologías y el desarrollo de la medicina como ciencia natural. Desde luego que estas biotecnologías son hoy sumamente importantes para el ejercicio de la profesión médica, puesto que aumentan su eficacia; pero su uso inadecuado ha creado las condiciones para alargar innecesariamente la vida de personas que no lo requerirían, lo que conduce a la “obstinación” o “encarnizamiento terapéutico”. De ahí que su utilización demande un alto grado de responsabilidad ética, es decir, una perspectiva bioética que ayude a distinguir los usos correctos de los incorrectos.

**HB-/ En muchos países (incluido el nuestro) el derecho a morir dignamente sólo ha podido ser garantizado mediante decisiones judiciales, pues los legisladores se niegan a regularlo. ¿A qué atribuye esta resistencia?**

① Yo creo que esta resistencia de los legisladores se debe a unas tradiciones muy fuertes, de tipo cultural y religioso, que se manifiestan en una posición de miedo frente a la eutanasia. Y es que aunque la Corte Constitucional respalda plenamente este derecho, los intentos que se han llevado a cabo en el Congreso para convertir este derecho en ley (unos tres o cuatro proyectos, si no recuerdo mal) han sido rechazados debido a esa poderosa tradición.

**HB-/ ¿Qué se debería hacer en Colombia para garantizar el derecho a la muerte digna?**

① Lo primero que debería hacerse es una legislación, debería haber leyes que legitimen este derecho y que sirvan como precedente. Y es que si no hay legislación al respecto quedan muchos cabos sueltos frente a un asunto tan complejo. En este sentido, pues, tiene que haber una ley que regule el derecho a la eutanasia, y que establezca qué condiciones se deberían considerar al practicarla.

**HB-/ La Corte Constitucional ha reiterado que la eutanasia no es penaltzable si concurren tres condiciones: que el paciente padezca una enfermedad terminal intensamente dolorosa; que sea practicada por un médico; y que sea solicitada a través de un “consentimiento informado”. ¿Le parecen suficientes estos criterios?**

① Sí, esos criterios que usted menciona son muy válidos. Sin embargo, hay que hacer énfasis en un punto clave: en que el paciente entienda que, cuando sus padecimientos sean muy graves, es mejor estar muerto que vivo. Y esto vale no solamente para una enfermedad terminal, sino también para enfermedades graves que lo imposibiliten tanto en lo psicológico como en lo físico (por ejemplo, por el dolor moral provocado por la enfermedad, o por la incapacidad de servirse de su propio cuerpo). Con todo, la manifestación del deseo de morir por par-

te del paciente tiene que cumplir una serie de requisitos: debe ser emitida por una persona que tenga todas sus capacidades intelectuales; debe ser persistente, es decir, no debe ser producto de una decisión momentánea; y, por último, no puede ser avalada por un solo médico, sino que debe involucrar a otros médicos que confirmen la pertinencia de dicha solicitud.

**HB-/ O sea que usted estaría de acuerdo con la Corte en que el “consentimiento informado” es el documento clave para despenalizar la eutanasia. ¿Qué nos puede decir acerca de este documento?**

① Este documento comenzó a tomar forma más o menos desde 1947, a propósito del Tribunal de Nüremberg; allí se concibió el famoso “Código de Nüremberg”, que establece que no se pueden hacer investigaciones en personas sin su libre consentimiento y opinión. De este código se derivó una prescripción esencial para la práctica de la eutanasia, que será la base del consentimiento informado: que no se puede forzar a ninguna persona a

que tome la decisión de morir; es decir que nadie puede ser coaccionado desde fuera, porque esta es una decisión propia, inherente a la autonomía individual. Ahora bien, para que el consentimiento informado sea válido, debe ceñirse a las condiciones específicas de cada situación: por ejemplo en el caso de la eutanasia en niños, o en personas que estén en coma, o en personas con serios problemas mentales, que no sean competentes para tomar la decisión de morir por sus propios medios; en este último caso, la ley autoriza la realización de un consentimiento sustituto.

**HB-/ Existe mucha confusión en torno a las denominaciones de los procedimientos ligados a la muerte digna. ¿Cuáles son las más comunes?**

① Sí, recientemente se han venido desarrollando muchos nombres relacionados con



este asunto, por lo que a veces se olvida el verdadero sentido de la eutanasia, entendida como “muerte dulce” o “buena muerte”. Así, se habla hoy en día de “distanasia”, de “ortotanasia”, de “sedación terminal”, una serie de nombres que a menudo causan confusión. En cuanto a la verdadera eutanasia (también llamada “eutanasia activa”), se trata de una acción transitiva de alguien sobre otra persona para provocarle la muerte, cuando esta padece una enfermedad terminal que le causa dolores insoportables. Por su parte, la “eutanasia pasiva” (también conocida como “ortotanasia”) es intransitiva y se basa en el derecho del propio paciente a exigir la limitación del esfuerzo terapéutico, es decir, la suspensión de todo tipo de tratamiento o de medicamento que busque detener el curso de una enfermedad incurable; se opone a la “distanasia”, que consiste en la utilización de todas las técnicas médicas disponibles para postergar la muerte del paciente terminal. Asimismo, se habla en este contexto del “principio del doble efecto”, que consiste en usar productos y drogas que eventualmente podrían tener un efecto colateral sobre el paciente terminal, y llevarlo a la muerte por complicaciones; por ejemplo, durante la sedación profunda a veces se presentan complicaciones pulmonares, y, en ese caso, el efecto secundario (que es lo que se llama “doble efecto”) es éticamente admitido.

**HB-/ ¿Y en qué consiste el suicidio asistido, que sigue siendo tan polémico?**

① En el “suicidio asistido” se trata de una determinación que toma la propia persona, de modo que la asistencia del médico consistiría en presentarle los medios para que ella decida si lo hace o no, y no en la aplicación del producto o la sustancia, que estaría en manos del propio paciente. Un caso clásico es el de Ramón Sampredo, un hombre que había sido cuadrapléjico durante veinticinco años y que tomó una

sustancia que le suministraron en el hospital (no se sabe si su médico, pues su muerte quedó en el misterio), la cual le produjo un paro cardíaco. Este tipo de casos se repiten con mucha frecuencia. Sin embargo, es importante subrayar que en el “suicidio asistido” no se trata de una acción directamente realizada por el médico, sino de una acción indirecta, cuyo fin es facilitarle los medios al paciente para que él mismo tome la decisión.

**HB-/ Algunos autores no aceptan la distinción entre eutanasia activa y eutanasia pasiva porque consideran que todo acto eutanásico implica una acción, aunque se trate de la omisión de un tratamiento. ¿Qué opina de esta postura?**

① Yo creo que esta postura es correcta porque, en realidad, la eutanasia implica siempre una acción de parte de otra persona, que usualmente es el médico. Sin embargo, el hecho de no aceptar esta distinción también conduce a discusiones muy complejas. Por ejemplo: ¿cuál sería entonces la diferencia entre matar y dejar morir? Esta discusión es larga y llegar a acuerdos al respecto no resulta fácil. Uno puede dejar morir al paciente, e indirectamente estar llevando a cabo una acción mortal; o puede también matarlo directamente, aplicándole algo para acabar con su vida, si él así lo solicita...

**HB-/ ¿Y qué hacer en el caso del consentimiento sustituto y de la eutanasia en menores? ¿Por qué ambos temas suponen tanta dificultad?**

① El consentimiento sustituto se utiliza cuando una persona padece una enfermedad terminal o crónica que mina por completo sus facultades intelectuales, y no ha dejado directrices previas o un testamento vital acerca de su voluntad de morir; en este caso, el consentimiento es otorgado por los parientes o familiares, quie-

nes obviamente están protegidos por la ley. Ahora bien, lo que hace tan compleja la discusión sobre el consentimiento sustituto es que, en ausencia de unas directrices previas de la persona que ya no pueda responder por sus propios medios, se deben tocar

aspectos éticos, legales y morales muy delicados, y, asimismo, buscar consensos entre los familiares, pues a menudo unos están de acuerdo con que se practique la eutanasia, mientras que otros no (es aquí donde resulta importante la asesoría de los comités de bioética, para ayudar a encontrar una solución acertada en estos casos controversiales). En cuanto a la eutanasia en menores, se trata de una decisión que debe ser tomada de forma gradual. Y es que este ha sido un tema muy difícil, incluso en países como Holanda o Bélgica, donde ha sido reglamentado pero sólo después de acumular una larga experiencia con la eutanasia en adultos.

**HB-/ En cuanto a las enfermedades degenerativas, ¿cree que sería viable legalizar la eutanasia para los pacientes que las padezcan, aunque no tengan un pronóstico de muerte próxima?**

① Yo creo que las enfermedades crónicas y degenerativas, aunque no sean terminales, deberían dar lugar a la eutanasia (según lo que el paciente opine en su autonomía, si tiene la posibilidad de hacerlo). Esto significa que el derecho a la eutanasia debería extenderse a aquellas enfermedades que le causan mucho sufrimiento al paciente o que lo impiden para valerse por sí mismo (para movilizarse, para comer, para asearse, etc.). Y es que si una situación de este tipo se prolonga, al no

estar la enfermedad en la fase terminal, el paciente puede durar años en esas condiciones, de modo que es lógico que al cabo del tiempo invoque su derecho a morir. Seguramente en la legislación que se apruebe tendrán que agregar consideraciones acerca de la eutanasia en casos de dolor físico intenso; porque si bien es cierto que hoy existen cuidados paliativos que pueden ayudar a tratarlo, esto no soluciona el problema del paciente en su totalidad. De hecho, muchos creen que los cuidados paliativos son una especie de distanasia. Por eso, cuando una enfermedad no es terminal, pero sí absolutamente incapacitante, conviene discutir si valdría la pena practicar la eutanasia a solicitud del paciente, cumpliendo con las condiciones que estipule la ley.

**HB-/ ¿Por qué se afirma reiteradamente que el derecho a morir con dignidad es un derecho fundamental?**

① Porque si la vida se concibe como un derecho fundamental y debe ser digna, y la muerte se considera como parte de la vida, entonces la muerte debe ser tan digna como la vida. Ahora bien, si consideramos que sólo quien es persona puede reclamar el derecho a morir con dignidad como derecho fundamental, entramos en una discusión sumamente difícil. En efecto, ¿qué es ser una persona? Desde el punto de vista teológico, de algunos credos religiosos, se es persona desde el mismo momento de la fecundación. Para otros, sin embargo, sólo es persona quien es capaz de tomar decisiones por sí mismo, de comunicarse con los demás, y de planear cosas a futuro; en este caso, quedarían excluidos los niños recién



nacidos, los pacientes con capacidades mentales disminuidas y los que estuvieran en estado de coma. Pensemos, por ejemplo, en un individuo que hubiera perdido la corteza cerebral y que, sostenido por las tecnologías médicas, siguiera viviendo sólo desde el punto de vista biológico: él nunca volvería a ser persona porque, al perder el habla, el lenguaje y la capacidad de deliberar, ya no sería capaz de pensar y mucho menos de comunicarse. De manera que, para dirimir estos casos complejos, habrá que apelar a criterios mucho más actuales, basados en la ética y los valores, y considerar las creencias y concepciones de cada paciente.

***HB-/ Desde su perspectiva de médico-cirujano, ¿qué tipo de enfermedades o padecimientos le-***

***gittmarían la aplicación de la eutanasia a un paciente que la hubiera solicitado?***

● Todas las enfermedades que tienen la gravedad de imposibilitar a la persona y que la acercan a la muerte; o las que son especialmente degenerativas del sistema nervioso, que avanzan e impiden al paciente desempeñarse normalmente en su vida, como la esclerosis lateral amiotrófica; o las enfermedades musculares que lo van paralizando y debilitando hasta hacerle perder el habla o la capacidad de deglutir. ◆