



Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Breves de la Academia

Comentario sobre «Reflexiones acerca de la eutanasia en Colombia»



A comment to 'Reflections on euthanasia in Colombia'

Álvaro Sanz-Rubiales^{a,*} y María Luisa del Valle^b

^a Oncología Médica, Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid, España

^b Oncología Radioterápica, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

Hemos leído con interés las *Reflexiones acerca de la eutanasia en Colombia*¹. Su lectura nos ha recordado que el respaldo a la despenalización de la eutanasia se suele apoyar en unos argumentos comunes²: la evocación emotiva del sufrimiento ajeno, el rechazo a los tratamientos desproporcionados y la exaltación de la autonomía del ciudadano³. Todos ellos aparecen en el texto. Con el argumento emotivo de *mitigar el dolor y los sufrimientos para lograr un tránsito suave y fácil* o el de *amor y sentimientos de solidaridad humana por los sufrientes*⁴ es fácil provocar un reflejo empático («yo no quiero pasar por eso») y asumir que lo adecuado y *pietístico* es darle al paciente un salida eficaz e inmediata. El rechazo que todos tenemos al encarnizamiento terapéutico (provocar un sufrimiento inútil por no saber adecuar los tratamientos a la situación, el pronóstico y los valores del paciente) se polariza hasta llegar a presentar la eutanasia como la alternativa única para evitar y prevenir estos excesos. Por último, en el argumento autonomista e individualista el respeto al derecho a rechazar un tratamiento o a optar entre diferentes opciones propias de la *lex artis*⁵ se transforma en una sumisión al deseo del paciente que impone su voluntad como único criterio asistencial. Más allá de estos argumentos, cuando la polémica se radicaliza no es raro que el rechazo a la eutanasia se presente como una cuestión de ámbito religioso, un atavismo cultural *judeocristiano* o una imposición moral *en nombre de creencias ajenas* a una sociedad aconfesional.

La situación legal de la eutanasia en Colombia es paradójica⁶⁻⁸, algo que se hace más evidente cuando se contempla desde el exterior. Aunque el Tribunal Constitucional despenalizó en 1997 el *homicidio pietístico*, hasta 2015 no hubo una resolución del Ministerio de Salud que especificara cómo debía llevarse a cabo. Los autores de *Reflexiones acerca de la eutanasia en Colombia* aportan su perspectiva sobre esta cuestión. Inciden especialmente en la importancia de la definición de eutanasia. Y, por desgracia, el glosario del Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia del Ministerio de Salud, que la describe como «El acto o la práctica de matar o de permitir la muerte por causas naturales por razones de compasión, es decir, para liberar...»⁹, es un ejemplo más de desajuste terminológico. Tal como afirman los autores, *permitir la muerte* no se debe asimilar al concepto global de eutanasia; ajustar o adaptar el esfuerzo terapéutico, asumir una situación avanzada e incurable y actuar en consecuencia forman parte de una práctica médica adecuada y proporcionada. Efectivamente, en este escenario de falta de precisión semántica no es raro que el término *muerte digna* (o *morir dignamente*) se asimile como un sinónimo *light* de eutanasia y suicidio asistido. Igual que la ambigüedad del concepto eutanasia dificulta el debate, el juego semántico que tiende a limitar la dignidad de la muerte a la eutanasia o al suicidio asistido tampoco ayuda a clarificarlo. Además, esta discreta manipulación de las palabras pudiera desacreditar a los

* Autor para correspondencia. Oncología Médica, Hospital Universitario del Río Hortega, c/ Dulzaina 1. 47012. Valladolid, España.

Correo electrónico: asrubiales@hotmail.com (Á. Sanz-Rubiales).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2016.11.001>

0120-3347/© 2016 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

profesionales que respetan y promueven la dignidad del enfermo, también en sus últimos días, sin provocarle la muerte.

La eutanasia no sustituye a los cuidados paliativos. Pero tampoco los complementa¹⁰. Los cuidados paliativos consiguen reducir y controlar los síntomas físicos propios de las situaciones avanzadas¹¹ y ayudan a aliviar parte de los problemas de pérdida de autonomía, desánimo o anhedonia que justifican las escasas solicitudes de eutanasia o suicidio asistido en países con un desarrollo adecuado de estos cuidados^{12,13}. En España el debate social sobre la eutanasia, que se reabre periódicamente cuando los medios de comunicación se hacen eco de un caso límite, no tiene casi reflejo en el ámbito asistencial. Y esto es aún más llamativo en la atención al enfermo terminal: llama la atención que es en este ámbito donde los profesionales sanitarios se muestran más reacios a la implantación de la eutanasia¹⁴. También la anestesiología, que algunos definen por su papel en el alivio del dolor, parece que se muestra reacia o, al menos, al margen de provocar la muerte al enfermo: es difícil encontrar trabajos en revistas científicas que planteen la participación directa del anestesiólogo más allá de ciertos casos de eutanasia en el ámbito familiar o doméstico⁴. En todo caso, es evidente que tiene poco sentido jugar a avivar el debate social sobre la eutanasia mientras la necesidad de cuidados paliativos, más inmediata y universal, siga sin cubrir unos mínimos adecuados. ¿Sería ético presentar la eutanasia como la vía para eliminar el sufrimiento a unos pacientes que no tienen acceso a un control adecuado de los síntomas?

Por último, la despenalización de la eutanasia debería apoyarse en una normativa que protegiera los derechos de los pacientes. Si cualquier acción médica debería poder ser evaluada, más control se tendría que exigir en el cumplimiento del proceso de la eutanasia. Entender la *veeduría posterior* a los procedimientos como algo inútil que deslegitima la valoración del Comité Científico Interdisciplinario y que suscita una atmósfera de desconfianza legal es olvidarse de que cualquier norma debe tener sistemas de control que aseguren su cumplimiento adecuado. Los médicos somos ciudadanos sujetos también a las normativas, por lo que deberíamos ser capaces de dar siempre razón de nuestro actuar, más aún si nuestros actos afectan directamente y de manera irreversible a la vida de una persona.

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Mendoza-Villa JM, Herrera-Morales LA. Reflexiones acerca de la eutanasia en Colombia. *Rev Colomb Anestesiol*. 2016;44:324-9.
2. Del Valle Rivero ML. Eutanasia y deontología. En: Gómez Tomillo M, López-Ibor JJ, Gutiérrez Fuentes JA, editores. Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia. Madrid: Fundación Lilly - Unión Editorial; 2008. p. 573-89.
3. Prokopetz JJ, Lehmann LS. Redefining physicians' role in assisted dying. *N Engl J Med*. 2012;367:97-9.
4. González-Torres AC, Navarro-Vargas JR. Semblanza de Juan Marín Osorio. *Rev Colomb Anestesiol*. 2010;38:386-93.
5. Sanz Rubiales A, del Valle Rivero ML, Fernández González M, Ferreira Alonso R. Teoría y práctica del consentimiento informado. *Cuadernos de Bioética*. 2016;27:69-78.
6. Ogilvie AD. Colombia is confused over legalisation of euthanasia. *BMJ*. 1997;314:1849.
7. Ceaser M. Euthanasia in legal limbo in Colombia. *Lancet*. 2008;371:290-1.
8. White C, Dyer O, García Rada A. Assisted dying: Law and practice around the world. *BMJ*. 2015;351:h4481.
9. Ministerio de Salud. Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia. Colombia 2015 [consultado 22 Oct 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf>
10. Sanz A, del Valle ML, Hernansanz S, Gutiérrez C, García Recio C, Flores LA. Eutanasia y Cuidados Paliativos no hacen buen maridaje. *Med Paliat*. 2007;14:146-7.
11. Blinderman CD, Billings JA. Comfort care for patients dying in the Hospital. *N Engl J Med*. 2015;373:2549-61.
12. Burki TK. Attitudes and practices towards legal euthanasia. *Lancet Oncol*. 2016;17:e325.
13. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and practices of euthanasia and physician assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA*. 2016;316:79-90.
14. Cuervo Pinna MA. Actitudes y opiniones de los médicos ante la eutanasia y el suicidio médicamente [tesis doctoral]. Universidad de Zaragoza, 2012 [consultado 12 Ago 2016]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/9612/files/TESIS-2012-107.pdf>