



EUTANASIA: UN CUERPO DICE NO, UNA VOLUNTAD QUE RECLAMA DIGNIDAD *

Euthanasia: a body says no, a will that demands dignity

Paula Mazuera Ayala**
Andrea Mazuera Ayala***

Recepción: 21 de marzo de 2021. Aceptado: 20 de diciembre de 2021.

DOI: <http://dx.doi.org/10.21017/Rev.Repub.2022.v32.a123>

RESUMEN

Este artículo propone analizar la eutanasia desde un ángulo sociojurídico, entendiendo que si existe en Colombia un marco legal y médico que atiende a esta práctica, las evidencias revelan que la aplicación está permeada por diversos elementos culturales, institucionales, políticos y sociales que conforman un auténtico problema jurídico, de connotaciones severas en la relación entre las libertades individuales y el Estado social de derecho. Para la realización de este análisis se realizó una interpretación conjunta de elementos legales, teóricos, médicos, científicos y periodísticos que contribuyeran a la comprensión crítica del acceso a la eutanasia y de la realidad corpórea del enfermo como sujeto de derecho.

Palabras clave: eutanasia, derecho a la muerte digna, libertades individuales, enfermedad terminal, regulación de la eutanasia.

* Artículo producto del proyecto Tendencias contemporáneas en la sistematización civilista. Segunda fase: las personas.

** Doctora en Derecho. Abogada. Especialista en Derecho constitucional. Especialista en Gerencia en servicios de la salud. Magíster en Derecho. Docente Investigadora, categoría Junior -Minciencias, integrante del Grupo de Investigación en Derecho Privado y del Proceso Gustavo Vanegas Torres del Centro de Investigaciones Sociojurídicas de la Universidad Libre.

*** Comunicadora Social. Magíster en Administración del desarrollo humano y organizacional, Magíster en Lingüística, directora de Bienestar Institucional y docente de la Universidad Libre. Integrante del Grupo de investigación GIRUS, de la Universidad Tecnológica de Pereira.

ABSTRACT

This article proposes to analyze euthanasia from a socio-legal angle, understanding that if there is a legal and medical framework in Colombia that addresses this practice, the evidence reveals that various cultural, institutional, political and social elements permeated the application, creating an authentic legal problem, with severe connotations in the relationship between individual freedoms and the social rule of law. To carry out this analysis, a joint interpretation of legal, theoretical, medical, scientific and journalistic elements was carried out that would contribute to the critical understanding of access to euthanasia and of the bodily reality of the patient as a subject of law.

Key-words: euthanasia, right to a dignified death, individual freedoms, terminal illness, regulation of euthanasia.

1. INTRODUCCIÓN

En el mes de julio de 2021 se promulgó la Resolución por medio de la cual se establece el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de la eutanasia en Colombia. La reacción de los diversos sectores fue más que la esperada: un festival de lugares comunes, de ideas progresistas, de lamentos conservadores, de amenazas apocalípticas; el futuro estaba entrando una vez más en la realidad colombiana, pero no del todo.

Se sabe que uno de los grandes problemas de los sistemas jurídicos es la distancia abstracta entre la realidad y lo que enuncian en sus documentos; con la eutanasia no pasa nada diferente. Sin embargo, y como esta ha sido una de las discusiones más dilatadas en el escenario político y social colombiano, la distancia entre la abstracción legal y la realidad está llena de elementos que revelan que, si se observa el ejercicio del derecho a morir dignamente como un problema jurídico, se está ante uno de los puntos más álgidos de la libertad individual y de las limitaciones de la acción del Estado, y del otro lado, ante uno de los puntos más álgidos del control del Estado y de la limitación de la libertad individual.

Los casos en los que la eutanasia ha conseguido una resonancia social y mediática tienen algo en común: todos han sido llevados al extremo. Como si no bastara la condición extrema de una anciana ciega y con dolores en todos los huesos, un hombre a quien un tumor le devora el rostro y el de una mujer amenazada de quedar presa en sus propias carnes. La formulación de los elementos legales, los protocolos y las resoluciones, no bastan para atender

la inminencia de estos casos; es por ello, y como se verá en las siguientes páginas, que en cada uno de estos casos la respuesta ante la petición del procedimiento ha sido el no.

Este artículo tiene como objetivo analizar los componentes de ese no, entendiéndolo dentro de la clínica como una forma de control sobre el cuerpo. Para esto se acude a las formulaciones foucaultianas sobre el cuerpo y la medicina, la interpretación médica sobre el cuerpo enfermo, la relación del cuerpo enfermo con la institucionalidad de la salud, con los fundamentos de las libertades individuales y la conformación de las instituciones legales y sociales del Estado social de Derecho, y finalmente, con cada uno de los elementos que revela la contrariada aplicación de la eutanasia en Colombia, sin perder de vista que es el cuerpo del enfermo el que marca la pauta sobre la efectividad de todo lo que se formule en el plano legal y médico.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Para atender este tipo de temáticas es necesario acudir a una perspectiva metodológica partícipe del paradigma sociojurídico, desde la que se comprende que el análisis de los fenómenos sociales debe ser abordado desde un ángulo jurídico. En cierta manera porque es la realidad la que ofrece una paleta de posibilidades, problemáticas y discusiones que enriquecen la óptica teórica, metodológica y legal del derecho, en temáticas de una actualidad urgente, como lo es la eutanasia.

El ángulo de intervención sociojurídico sobre una temática permite abordar los componentes de la misma; en este caso las causas, los fines y la diversidad de aristas desde las que se comprende la eutanasia en Colombia serán analizados dentro de un mismo ejercicio crítico de interpretación y análisis. En este sentido, se comparte la definición que hacen Giraldo & Giraldo (1999) sobre la necesidad de observar la fuente real y particular de los problemas jurídicos, con la finalidad de extraer el material adecuado para aportar a las discusiones legales más generales.

El análisis sociojurídico en este caso es de tipo cualitativo, con un corpus documental compuesto por el marco legal y normativo que regula la eutanasia en el país, recursos periodísticos, de donde se extrajeron los casos analizados, y con un componente de apoyo suministrado por artículos investigativos sobre el mismo tema, todos tratados desde una óptica interpretativa que contribuyese a entender los puntos problemáticos de la muerte digna en Colombia.

3. EUTANASIA Y SALUD: EL CUERPO QUE COLAPSA Y LA VOLUNTAD DE DECIR NO

El cuerpo enfermo es, sin duda, el punto donde todo comienza, donde todo termina. La funcionalidad es reemplazada por una serie de actividades que no corresponden a aquello de lo que probablemente se disfrutó a lo largo de la vida: la vigorosidad, la piel lustrosa y la agilidad se reducen a su mínima expresión: un cuerpo que se agota, que tan solo resiste y que en algunos casos se pregunta: ¿Para qué seguir? ¿Qué me mantiene aquí?

Si las reflexiones sobre el sentido de la existencia a lo largo de la vida son abrumadoras, las preguntas sobre este mismo sentido en condiciones donde no hay ya ni aliento de mantenerse en pie —no porque no se quiera, sino porque simplemente no hay de dónde extraerlo— son de una luminosidad de final de túnel, son urgentes. Preguntas que antes podían abrirse a la posibilidad, tratarse desde el relativismo cotidiano o verse alteradas por los matices psicológicos, ahora, en el caso de un enfermo terminal o de una enfermedad degenerativa, ya no son tan susceptibles a tratamientos narrativos. El cuerpo está ahí, agonizando en un presente tortuoso, y la persona requiere respuestas inmediatas, requiere la ausencia de sedantes, porque lo que urge en este caso es la dignidad.

En *Más allá del jardín* el poeta antioqueño Carlos Framb cuenta la historia de la erosión física que vivió su madre durante los últimos años de vida:

Para mi madre, con sus ochenta y dos años, la vida se había convertido en una prisión de férreos barrotes. Una prisión de la que anhelaba escapar a cualquier precio. Una prisión que, de día en día, de hora en hora, se estrechaba y oscurecía más. El tiempo le había arrebatado todo, y había dejado apenas una envoltura de huesos frágiles, unos ojos sin luz y una sucesión de noches sin sueño y de días sin ilusiones. Solo dos cosas en el mundo le proporcionaban algún alivio y consolación: el amor de sus hijos y la piedad religiosa.

(...)

Era el de mi madre un cuerpo aherrojado por dolencias, entre las que estaban la pérdida casi completa de la visión, a causa de la degeneración de la retina, de glaucoma y de cataratas; la osteoporosis y, como consecuencia de ella, una fractura de fémur que la torturaba y la obligaba a caminar asistida por un bastón. Estas circunstancias —la ceguera y su endeble equilibrio— le impedían desde hacía años salir sola a la calle. Estaban los dolores intensos y continuos producidos por la artrosis y para los que por prescripción

tomaba opiáceos. Estaba el insomnio pertinaz. Estaba la cefalalgia y estaba la depresión, que se manifestaba en llanto diario, en períodos de desánimo en que a duras penas se decidía a abandonar la cama, y en el deseo expreso y recurrente de dejar de vivir (Framb, 2009, p. 16-17).

Como puede apreciarse, la agonía es extensiva; no solo afecta a quien la padece sino a quien la testimonia. El dolor, lejos de contenerse, lo inunda todo, como una forma gaseosa y peligrosa. El testimonio de Framb no es solo el testimonio de un hijo que ve colapsar el vientre del que nació, es también el testimonio del silencio que se engendra en el cuerpo, que crece y se alimenta de esa mujer, que en este caso tuvo alguien que pudiera expresar con palabras lo que estaba experimentando.

Hay casos en que ni eso, y esto quiere decir que en la mayoría de las personas el silencio agónico de su propio colapso y el grito que reclama dignidad se hace presa fácil de la forma dominante de denominar los cuerpos, de tratarlos y de disponerlos ante una serie de protocolos, procedimientos y medicamentos que fundamentan la práctica clínica tal cual se concibe hoy en día. Esto se debe a que las maravillas del progreso y del avance de la ciencia; tienen en la medicina un terreno abonado: «En el complejo mundo de los hospitales y las tecnologías de la salud, la muerte tiene hoy el riesgo de quedar suspendida, aplazada e incluso olvidada» (Díaz, 2017, p. 127), y esta afirmación basta para entender que lo que relata Framb; no es solo el testimonio de un hijo sobre su madre enferma; es también el relato de un ser humano que aún agonizante tiene que verse sometido a la tiranía clínica y cultural de que se puede vivir más, de la forma que sea, pero se puede vivir más; de una forma absurda del negacionismo de la finitud del paso por esta tierra.

Es claro que en toda la disposición institucional, técnica y profesional de la salud no solo se encuentra la disposición hipocrática del cuidado del otro, de la preservación de la vida; también, y hay que reconocerlo — quizás sea aquí donde se encuentre uno de los puntos problemáticos aún sin observar —, en ella misma se gesta la disposición del control, se abalanza toda una tecnificación y especialización del conocimiento clínico del cuerpo, que son, en términos menos paliativos, expresiones en las que se concretiza el poder sobre la vida (Foucault, 1966, p. 168).

Hasta este punto, todo indica que un cuerpo que colapsa, una persona que padece y una espera indefinida de esperanzas sin fondo llena de sedantes no es solo un cuerpo que colapsa, no es solo una espera indefinida, y mucho menos algo sin fondo; es una disposición racional, técnica y cultural en la que el poder — podría decirse de los «otros» — dispone sobre la capacidad propia de detener el sufrimiento o de procurar un trato digno para terminarlo. Esto quiere decir que los

mecanismos de disposición del poder sobrepuestos al cuerpo, sobre su percepción y nominación (Foucault, 1966, p. 168), se extienden más allá del dolor, anulando al sujeto y reduciéndolo al lugar de «quien padece» como único punto posible; el aguante como única opción: la reducción total de la libertad.

Es importante entender que este poder no es abstracto; en términos de biopolítica, el término que se anunció en el párrafo anterior, «de los otros», no es del todo aleatorio, en especial cuando la relación entre medicina y comunidad está planteada de una manera en la que la primera no es solo una expresión técnica sobre la vida y la muerte, sino que cuenta con la segunda como parte de un marco de decisiones conjuntas para el desarrollo de la vida en colectividad (Foucault, 1966).

Los tratamientos, los opiáceos y la posibilidad de una cirugía que le devuelva algo de la perdida actividad (la vista en el caso de la madre de Framb), la actitud, la voluntad de vivir, de resistir, incluso la fe, se tornan parte de una compleja red de sentido que envuelve la mente del enfermo y que mantiene su cuerpo postrado en la camilla. El parte médico es apoyado por un conjunto de predisposiciones culturales y sociales camufladas en frases de aguante, de resistencia, de una visión de relación con el cuerpo y de percepción de la autonomía ante el mismo; es también una forma física de domesticación del cuerpo humano (Foucault, 1966, p. 219).

Siguiendo esta línea, definir una perspectiva en la que un paciente o sus familiares puedan tomar una decisión o una conciencia específica sobre el estado de sufrimiento y las decisiones posibles para mitigarlo se hace mucho más complejo. Ya no es solo un acto de voluntad. Siguiendo la línea trazada hasta el momento, la aplicación excesiva de la tecnología clínica en las condiciones biológicas del cuerpo enfermo y la exaltación de la autonomía generan un espacio brumoso de interpretación de términos como: calidad de vida, tratamiento curativo, tratamiento paliativo, sacralidad, suicidio, suicidio asistido, eutanasia y eutanasia activa (Celedón, 2012, p. 263).

Y, en este campo problemático, existe una tipología que designa al cuerpo enfermo, que nombra a la persona que padece, puesto que para el momento la centralidad la ocupa el sufrimiento, definiendo las nociones de su estado desde las posibilidades de auxilio que pueden serle prestadas: la enfermedad incurable avanzada, en la que la evolución hacia la muerte es a mediano plazo con un deterioro psíquico y somático de la persona, aun en un estado de conciencia plena; el estado de enfermedad terminal, donde los síntomas se agravan, la respuesta ante los tratamientos es nula y la posibilidad de muerte es a corto plazo; y la situación de agonía, en la que la muerte se espera en días u

horas, y el deterioro del cuerpo y de la cognición del paciente son irreversibles (Celedón, 2012, p. 263).

Sin embargo, y aunque no se pueden negar las evidencias clínicas en la definición de los estadios que preceden a la muerte de la persona, sí que se pueden discutir las evidencias humanas en las que estos no se presentan de una manera tan organizada y definida, y que parecen saltar de un punto a otro en un mismo día, en una sucesión de dolores y de voluntades quebradas. Además, porque si el avance de la visión instrumental sobre el cuerpo y la posibilidad de sobrevivencia ante la enfermedad, o de cuidado paliativo ante la fase terminal, se sobreponen a todos los casos, el espacio en el que pende la conciencia de la persona no se encuentra vinculado a la superación de esas etapas, sino al porqué y el para qué experimentarlas.

Uno de los preceptos —y aquí se entra en el terreno de la decisión del no seguir— del tratamiento médico, y en otras fases, del cuidado paliativo, es el diálogo sincero y asertivo entre médico y paciente, donde el primero entrega al segundo toda la información y la explicación del estado y del proceso que experimenta su cuerpo, y el segundo acepta y asume la posibilidad de ser tratado y confía la integridad y el cuidado al profesional (Mendoza & Herrera, 2016, p. 327). Pero —y aquí hay que observar algo—, en términos de niveles y evidencias de no sobrevivencia ante el dolor, del deterioro paulatino o acelerado y de la imposibilidad de sobrevivencia, porque no hay más, ese diálogo asertivo se ve truncado por elementos que lo sitúan en un terreno asistencialista, donde la voluntad, la conciencia y la autonomía del paciente parecen a la luz de los procedimientos clínicos, y de la sociedad y sus preceptos, comprometidos por la enfermedad.

Esto muestra que los avances de la medicina y de la sociedad, notables en la técnica, no lo son tanto si se observan los delicados engranajes que mueven la percepción sobre el cuerpo del otro y de su voluntad. En ellos, la medicina y la sociedad se continúan comportando como los antiguos griegos ante quien optaba por la «buena muerte»: se le considera un tipo sacrílego de difunto, se le cercena la mano derecha, y sus descendientes y familiares son juzgados con una forma especial del ostracismo (Framb, 2009, p. 58).

Aquí, la discusión se hace más y más aguda; cada vez es como si se avanzara sobre un tejido comprometido por diversos males. En *Él no es un peligro vivo*, la periodista argentina Leila Guerriero narra:

En la última semana de julio, el actor Fernando Peña fue internado con neumonía. Cuando decidió abandonar la clínica por su cuenta el miércoles

28 de julio de 2004, Catalina Dugli, comentarista de espectáculos de *Canal 13*, miró a cámara en el noticiero nocturno y dijo: «Sabemos que Fernando va a reflexionar, y se va a volver a internar, porque quiere mucho la vida». Reflexionar, dijo, como si Fernando Peña no hubiera reflexionado. Como si decir *no* en esas circunstancias fuera irracional solo porque casi todos harían lo contrario: aferrarse al barbijo más cercano y rogar por favor, haga de mí lo que quiera, pero sálveme.

Malas noticias, pésimas noticias.

Quizás no sea el caso de Peña, pero hay gente que cree que no vale la pena vivir de cualquier forma y a cualquier precio. Que la vida —la propia— no es un valor al que debemos proteger hasta las últimas consecuencias bajo cualquier circunstancia. Hay gente que se suicida. Hay gente que decide abandonar sus tratamientos para combatir el cáncer. Hay gente que, una y otra vez, dice no, no y no y acepta las consecuencias de esas opciones, impensable en una sociedad cuyas aguas se dividen con el verso que versa no a las drogas/sí a la vida, convencida de que hay ahí, en serio, una contradicción (Guerriero, 2009, p. 350).

Tal vez no haya nada que agregar hasta este punto, salvo una cosa, la inevitabilidad de entender que la siguiente definición de la eutanasia no puede ser observada desde una inocencia técnica o una mirada jurídica del todo lúcida:

(...) toda conducta de un médico, u otro profesional sanitario bajo su dirección, que causa de forma directa la muerte de una persona que padece una enfermedad o lesión incurable con los conocimientos médicos actuales que, por su naturaleza, le provoca un padecimiento insoportable y le causará la muerte en poco tiempo. Esta conducta responde a una petición expresada de forma libre y reiterada, y se lleva a cabo con la intención de liberarle de este padecimiento, procurándole un bien y respetando su voluntad (Mendoza & Herrera, 2016, p. 352, citando a Instituto Borja de Bioética, 2005).

Todo esto quiere decir que esta definición se tiene que observar como si en la misma cama donde el enfermo aguanta lo inaguantable se sucedieran al mismo tiempo la mirada despectiva de los vecinos, el sufrimiento de sus deudos, los órganos consumidos, el sonido de los instrumentos quirúrgicos, el efecto placebo de los medicamentos y las horas y horas de litigio intentando afirmar la voluntad del individuo a decir no más, cuando todos —todo— le dicen que hay que padecer sin razón alguna.

4. CUERPO ENFERMO Y SISTEMA DE SALUD

La salud no obedece solamente a un conjunto de procedimientos y de conocimientos depositados en un profesional; como otros aspectos de la vida en sociedad, es también una institución, y dentro del orden de las sociedades democráticas y del Estado de derecho, la forma institucional en la que se concretiza el derecho humano a la salud. La operación de caer enfermo no es tan simple si se observa que el lugar en donde está ubicada la camilla obedece a una serie de conexiones clínicas, administrativas, legales, económicas, sociales y culturales, y para el caso del enfermo terminal, esta serie de conexiones se traduce en la prolongación del sufrimiento y en la espera de una respuesta que autorice su decisión.

En el apartado anterior se citaba la historia del hombre que decidió abandonar su tratamiento; se nombraba a aquellos que deciden decir no. Pues bien, ese *no* completamente legítimo en cada uno de los ciudadanos cuando se trata de defender su dignidad se enfrenta, como se acaba de enunciar, contra la institucionalidad del mantener la vida bajo la potestad del médico, del sistema jurídico, y a la discutible opinión pública, porque para estos tres, el enfermo ya no es dueño de sí. Doloroso, porque si la enfermedad, inevitable condición biológica, se ha encargado de reducir el lugar donde reposa y vive el ser, quiere decir que ni en los instrumentos humanos la persona encuentra un soporte.

También se citaba la definición de la eutanasia y se advertía que esta definición no puede ser vista desde perspectivas escuetas de la interpretación sociojurídico, y esto obedece a que —y este es el objetivo de los siguientes párrafos— el cuerpo enfermo una vez ingresado al hospital sufre una transformación que debe ser observada con cuidado: ya no es en su totalidad el cuerpo de un sujeto de derecho; es ahora, el cuerpo de un sujeto que está bajo el cuidado y la responsabilidad de una institución que es garante el derecho a la salud. Y este enunciado no es tan benéfico ni tan terrible como se ve, y es en ello que radica la complejidad de la eutanasia desde el ángulo de interpretación sociojurídico.

No se trata de dogmatizar a los profesionales de la medicina. Como bien se sabe y se nota en todas las áreas del desempeño laboral y humano, hay profesionales de profesionales y hay visiones sobre la práctica; hay médicos de médicos, en términos coloquiales. Pero todos se encuentran tutelados bajo el discurso institucional y la primacía de la misión de la clínica dentro de las directrices legales del ejercicio de la medicina. Esto con el fin de mostrar que no es solo el paciente el que se ve atenazado a una red de sentidos que impiden el proceder más honesto y digno en casos límites.

Otra situación que se presenta al momento del ingreso a un hospital, realizada la valoración, el auscultado, y aplicados los procedimientos, los tratamientos, dadas las altas necesarias, dadas las esperanzas, y, finalmente, sobrevenida la evidencia absoluta de la inevitabilidad del colapso y del fin, es que el cuerpo enfermo y el doliente mismo ya no tienen la potestad sobre los movimientos a seguir; impera sobre él la narrativa de la bioética y de la jurisprudencia que rige la *lex artis*.

Quiere decir que el cómo se narra la muerte y se asuma dentro de la institución ya no es solo una discusión que compete al paciente, y es por esto que la inserción de un procedimiento como la eutanasia no puede darse si no se reconoce que en el interior de la misma medicina existen debates sobre la bioética narrativa del derecho a morir dignamente (Villegas, 2021, p. 19).

También, y esto hace parte de la construcción de la institución médica, la discusión está relacionada con las diferentes corrientes que conforman la medicina, los ángulos, los objetivos y los fines de cada una de ellas, hasta llegar a la visión imperante que es la que se tiene en estos momentos en Occidente (Foucault, 1966, p. 100), visión desde la que se da la discusión de la eutanasia, puesto que es esta institucionalidad y visión de la medicina, y por lo tanto del cuerpo, desde la que se dará la discusión sobre el derecho a terminar con el sufrimiento.

En términos de discusión bioética, la medición del sufrimiento del paciente y el reconocimiento del proceso que experimenta su propio cuerpo están demarcados por unos criterios apoyados en la veracidad de la información otorgada por el profesional médico. En este caso, se plantean tres tipos de conceptos en los cuales se establece una relación con la realidad corpórea del enfermo: ante la pregunta por el estado de su salud, existe la obligación de no mentir sobre el mismo, puesto que así se le quita la posibilidad de enfrentarse a su muerte; la obligación ética de decir la verdad está condicionada por la posibilidad de que esta influya negativamente en el estado del paciente, situación ante la cual el médico debe acudir a una selección gradual y estratégica de la información; finalmente, existe la posibilidad de que el médico no otorgue la totalidad de la información de manera directa, siempre y cuando la muerte no sea inminente (Zamora, 2002, p. 6).

Es notable, y para esto es necesario observar algo que quedó en las entrelíneas de los párrafos anteriores: la comunicación entre el médico y el paciente, fundamentada en el conocimiento clínico, busca evitar la propagación de las denominadas conspiraciones del silencio alrededor del paciente. Conspiraciones que funcionan como una cortina de humo, esperanzas, mentiras piadosas,

omisiones e informaciones a medias sobre el estado real del paciente, y que no solo son generadas con la finalidad de evitarle sufrimiento, en algunos casos, a sus allegados, y la labor del profesional es cortar esta relación negativa con la información.

Pero, y como se observa en los conceptos de la veracidad, este uso no es del todo claro desde el ángulo del médico, como si fuera un sedante o un medicamento, y se nota en cada uno, el médico puede dosificar la verdad, suministrarla según los impactos que el paciente pueda experimentar hasta el momento en el que lo irremediable se haga evidente y no haya manera de evitar la confrontación. Como se puede notar, en términos de bioética y de la narración que se construye alrededor de la muerte, los parámetros son altamente discutibles.

Sin embargo, esta no es la única arista desde la que deba ser observada la situación del cuerpo enfermo dentro del sistema de salud. Aunque funciona, el estado del Sistema de Salud colombiano no es precisamente el de la salubridad y vitalidad plena; la lista de defectos y fallas en su operación conforman parte del día a día de los pacientes y de la forma de entender la cotidianidad en el país, aunque sus fortalezas también deben ser resaltadas. Pero, e intentando acercarse a un punto que permita observar la situación de la eutanasia en Colombia, es necesario entender cuál es el estado del sistema de salud en el que este procedimiento es ofrecido, obstaculizado y discutido.

Si bien la estructura de la institucionalidad colombiana experimentó una renovación profunda con la promulgación de la Constitución Política de 1991, sobre todo en el tema de derechos y libertades, también es válido advertir que dicha renovación del Estado de derecho acontece en un contexto geopolítico en el que todo avance está vinculado a un escenario mucho más complejo.

Es claro que el Estado reconoce el derecho a la salud y a la prestación del servicio de salud como una de sus obligaciones en tanto garante de derechos. En ese sentido, y retomando lo señalado al inicio de este tema, la red hospitalaria funciona como un espacio de concretización y de institucionalización del mismo derecho; sin embargo, es necesario entender que la prestación del servicio y la concretización del derecho están, en el caso del Estado social de derecho, vinculadas a otras dinámicas que también las permean y condicionan.

La promulgación de la Constitución de 1991 no solo puede medirse en efectos de institucionalidad democrática; también en el contexto de globalización de la economía y de apertura del mercado. En este sentido, y aunque se debe ser cuidadoso en la formulación, el Estado social de derecho formulado en los años noventa posibilitó el acceso de las dinámicas neoliberales sobre la

conformación de su misma institucionalidad. En este sentido cada servicio que presta el Estado puede ser sustituido, apoyado, financiado o prestado desde relaciones establecidas en la economía de mercado. Las consecuencias son conocidas: aparición de las EPS, la quiebra y cierre de algunas de estas, la pauperización del servicio público de salud, entre otras.

Entendiendo este proceso se puede comprender el espacio en el que se discute la eutanasia en cuanto procedimiento médico vinculado al derecho a la salud, la institucionalidad y el derecho a la muerte digna:

Habría que pensar también en la relación de la eutanasia y los problemas del sistema de salud que vive Colombia. En 1993 Colombia introdujo un nuevo sistema de salud que, en nombre de cobertura universal en salud, le abrió la puerta a grandes corporaciones que entraron a manejar el «mercado de la salud» afectando seriamente la atención efectiva de pacientes, así como la naturaleza y fundamentos éticos de las profesiones de la salud [...]. Las quejas por negación de una atención oportuna y de calidad se han multiplicado exponencialmente desde la introducción del nuevo sistema. ¿Qué tipo de país es uno que logra garantizar que su sistema de salud provea un buen servicio de eutanasia mientras tolera que tal sistema sea a la vez inhumano e ineficiente con los pacientes, que no tienen acceso real a una atención de calidad y oportuna, así como a medicamentos? En este contexto, ¿se puede seguir planteando el debate sobre la eutanasia en Colombia meramente como un asunto de teorías morales o de ejercicio de autonomía? ¿A qué autonomía nos estamos refiriendo? Junto al tema del morir con dignidad, ¿no habrá que insistir en Colombia sobre la necesidad de garantizar también la dignidad y el respeto para el vivir, lo que incluye buena atención en salud, entre otras cosas? (Díaz, 2017, p. 136).

Las reflexiones anteriores iluminan claramente el escenario. La eutanasia en Colombia cuenta con un soporte también dado en la década de los noventa, en la sentencia C-239 de 1997; allí la Corte Constitucional declaraba:

La exhortación hecha al Congreso «para que en el tiempo más breve posible y conforme a los principios constitucionales y a elementales consideraciones de humanidad, regule la muerte digna», tiene dos objetivos:

1. El que se desvanezca, mediante la regulación pormenorizada, en materia de tanta monta, todo asomo de inseguridad jurídica, pues mientras esta legislación se produce, inevitablemente que quedará librada al buen juicio del juez penal la apreciación de muchas circunstancias de las que solo el legislador — y no la Corte — puede ocuparse.

2. Que el juez penal tome en consideración —sin que puedan asumirse como obligatorias— las indicaciones que, a título de ejemplo, dirige la Corte al Congreso. Ahora bien, como una de tales directrices se refiere a la cualificación del sujeto activo, la mayoría de los magistrados del grupo mayoritario (cinco de seis), juzgó que dentro del espíritu de la decisión tomada, estaba incluida, sin duda, la restricción consistente en que solo el sujeto calificado por excelencia —en este caso el médico— pudiera quedar comprendido por la justificación. Sobre el punto, fueron particularmente insistentes los magistrados Martínez y Morón, quienes manifestaron que, sin perjuicio de lo que el legislador pueda luego establecer, debía la corte restringir la causal justificativa, obrando con la mayor cautela, el médico, como sujeto cualificado, en hipótesis como la examinada por la Corte, a propósito del homicidio piadoso (Corte Constitucional, 1997).

La historia es conocida. Al pronunciamiento de la Corte le siguieron años de dilatación de la discusión, la formulación de unos parámetros legales y clínicos que poco atendían las demandas de la realidad y que no se ajustaban al desbarajuste de la prestación del servicio de salud en el país. El resumen vívido de ese periodo, lo ofrece el relato de Framb:

Sabíamos también que no podíamos contar con la ayuda de nadie, y mucho menos con la de los médicos, pues, aunque en Colombia cierta forma de eutanasia es legal si es practicada por el personal médico, mi madre distaba de ser una candidata *ideal*. Como apuntan Thévoz y Jaccard: *Las legislaciones más progresistas estipulan «grosso modo» las condiciones para permitir la eutanasia: que el paciente exprese con toda lucidez su deseo de abandonar la vida; que se encuentre en la fase terminal de su enfermedad; que su sufrimiento sea intolerable y de larga duración; que persista en sus disposiciones mentales al renovar la expresión de su deseo [...] dicho de otra forma, el moribundo debe estar despierto, pero en coma, dispuesto, pero al martirio; debe poder deliberar, pero haber muerto ya. De todas maneras, el médico responsable no podrá tomar ninguna decisión sin el permiso de un comité, que habrá sometido al paciente a una sesión de tortura* (Framb, 2009, p. 45).

Un silencio de pasillo envolvió los procesos de la época, lo que contrastaba con los debates en los estrados judiciales, tal como lo evidencia el relato de Framb sobre el proceso que le siguió en su contra (y del que se ocupará el siguiente apartado). La promulgación de la Resolución 1216 de 2015, en la que se definía un enfermo terminal apto para la aplicación de los procedimientos autorizados por el Comité científico-interdisciplinar por el Derecho a Morir con Dignidad, planteó otros puntos problemáticos sobre la eutanasia:

Artículo 2.º. *Enfermo en fase terminal*. De conformidad con el artículo 2.º de la Ley 1733 de 2014, se define como enfermo en fase terminal a todo aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que ha sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o cuando los recursos con fines curativos han dejado de ser eficaces.

Parágrafo: Cuando exista controversia sobre el diagnóstico de la condición de enfermedad terminal se podrá requerir una segunda o la opinión de un grupo de expertos (Minsalud, 2015, p. 2).

Pero, y aunque la Resolución 1216 ofrece un marco de operaciones, en el fondo, y como puede advertirse en la formulación del sujeto central del tema, el enfermo terminal, la denominación del médico como encargado de definir la viabilidad del proceso se encuentra bastante comprometida, así como los criterios de definición del paciente que pueda optar por la eutanasia. Para efectos prácticos, la resolución actúa en calidad de observadora y jueza del procedimiento, pero no lo legitima, aunque se salvaguarda los instrumentos legales con los que pueden ser procesados las EPS o los profesionales médicos que no permitan la aplicación del procedimiento (Álvarez & Ocampo, 2020, p. 83). Quiere decir que el conflicto en la aplicación de la eutanasia cuenta con un Comité de valoración, unos criterios no tan claros, y un dilema hipocrático y consecuencias jurídicas direccionadas al médico como responsable.

Si se advertía en párrafos anteriores que el objetivo de esta interpretación no era la estigmatización analítica del médico como profesional de la salud, la resolución y su proceder muestran un acto contrario. Si bien otorga la existencia de la Muerte Digna, los protocolos y los procesos definidos hacen un movimiento de retracción ante las responsabilidades en los obstáculos a la aplicación de la misma; en ese sentido, la formulación del marco legal hace parecer que estos obstáculos son más de criterio profesional del médico que de orden estructural de la prestación de servicio.

Refiriéndose estrictamente a la aplicación de los protocolos que rigen la eutanasia, la definición de la persona que puede acceder a ella, se hace más acotada:

Enfermo terminal es aquel paciente con una enfermedad médicamente comprobada avanzada, incontrolable que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico-psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a 6 meses (Minsalud, 2015, p. 37).

Que sea acotada no quiere decir que sea práctica y mucho menos que permita la aplicación del procedimiento de una forma accesible a quien lo requiere. Después de trece meses de lucha jurídica y social, Yolanda Chaparro pudo acceder al procedimiento de la eutanasia, después de recibir el diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica que le vaticinaba un encierro final en su propio cerebro después del colapso de sus músculos. Tan pronto recibió el diagnóstico, inició una segunda lucha que se alternaba al progreso de la enfermedad; el final era el mismo, pero por lo menos, para Yolanda, la opción de hacerlo con sus propias piernas le parecía la más digna. No, no y no, fueron las repuestas que Yolanda recibió del primer médico, de la IPS y del neurólogo que aplicó el protocolo para acceder a la Muerte Digna; ella, decían los nones, aún estaba bien (Fonnegra, 2021, p. 1).

El protocolo pedía que para acceder ella tendría que cumplir con las siguientes condiciones: estar postrada a una cama o a una silla de ruedas, requerir ayuda para vivir el cotidiano, consumir solo líquidos porque el tracto digestivo dejó de funcionar, perder la capacidad de comunicarse, y que su respiración fuera la que suministrara una bomba de oxígeno:

«A Yolanda le impusieron un nivel de deterioro específico para poder morir dignamente, los médicos le dijeron que tenía que esperar a que la salud estuviera muy deteriorada. Cuando se le aplicó el protocolo de eutanasia y se le exigió un nivel de deterioro específico, se vulneró su muerte digna, pero también el derecho a la vida digna al obligarla a vivir una vida contraria a su idea de dignidad; se le vulneró el libre desarrollo de la personalidad, al impedirle tomar decisiones sobre su vida, y se la sometió a tratos crueles, al obligarla a vivir con dolor», explicó el coordinador de investigaciones de DescLAB (Fonnegra, 2021, p. 1).

La línea que va desde el no del médico, el no de la IPS, el no del neurocirujano, las demoras para responder a su tutela, indicaba solo una cosa para que pudiera aplicarse el procedimiento: Yolanda tenía que dejar de ser Yolanda y convertirse en una pavesa.

5. LA EUTANASIA COMO PROBLEMA JURÍDICO: LA GRIETA MORAL DEL DERECHO

Con el escenario problemático delineado hasta el momento, es posible definir cuál es el punto a seguir para interpretar las implicaciones de la eutanasia en Colombia: la eutanasia como un problema jurídico. La decisión de avalar la muerte voluntaria y asistida como parte de los procedimientos médicos no se ha mostrado como un proceso sencillo en ninguna sociedad. El suicidio como

tabú y las ideas populares alrededor de los sacrificios pululan en el ambiente hasta generar una cortina densa que impide la interpretación sobria del problema, incluso para los estrados. La periodista Leila Guerriero relata en *Él no es un peligro vivo*, un caso de interés jurídico:

El 9 de julio de 2004, entre noticias patrias, los diarios argentinos publicaban la historia de Bernard Heginbotham, un ex carnicero británico de 100 años que, hartado de ver los dolores de perra que sufría su mujer Ida de 87, postrada y enferma, había entrado a la habitación del geriátrico en el que ella pasaba sus días y, usando artes de desangrador de vacas, le había rebanado el cuello. Fue detenido y juzgado, pero la Corte de Preston decidió que había sido un «verdadero acto de amor» y consideró que el hombre había matado a su mujer para que no siguiera sufriendo. Que no había culpa.

En circunstancias en las que todos hablan de piedad y resignación, el buen salvaje de 100 años dijo no y se cargó a cuchillo la vida de su dama, a la que había amado durante sesenta y siete años. Por ella, pero también por él.

Decir no, allí donde todos dicen sí, conlleva un riesgo. Usada sin especulaciones, la palabra «no» es irreversible y definitiva. Una declaración de principios. Una toma de posición que puede parecer la cúspide del egoísmo. Quizás por eso asusta (Guerriero, 2009, p. 349).

La eutanasia como decisión comporta elementos contradictorios y feroces, es por esto que tanto el caso que relata Guerriero como la historia de Framb se encuentran vinculados a dos situaciones extremas: los familiares no encuentran los medios clínicos necesarios para detener el dolor de sus seres queridos y acuden a formas violentas que, más que presentarlos como bárbaros, revelan el silencio que envuelve el sufrimiento conjunto de varios organismos ante el dolor.

En ambos casos los procesos judiciales se fundamentaron en el miedo y los prejuicios sociales ante la firmeza de esa forma de no. Un acto de amor, declaró la Corte de Preston, para el caso de Heginbotham. En el de Framb, el proceso fue extenso, y las palabras utilizadas, aun en el caso de la derogación de la pena por homicidio agravado, no fueron tan amables:

El juez procedió entonces a anunciar el sentido del fallo: se me absolvía por el delito de homicidio agravado, pero se me condenaba por el delito de inducción y ayuda al suicidio, y, en consecuencia, se me imponía una pena de dieciséis meses de prisión. Pero se me suspendía la ejecución de la pena por un período de prueba de dos años y por tanto se ordenaba mi inmediata libertad (Framb, 2009, p. 163).

Si para el juez no hubo en la acción de Framb ningún acto de amor, la decisión es clara; aún con la reducción de la pena, ante la justicia colombiana Framb es un criminal que indujo a su madre al suicidio. Legalmente Framb es un matricida. No hay matiz alguno aquí; aunque el resultado le permitiera a Framb disfrutar de su libertad, el contenido de la sentencia se extiende como una sombra, como el sustento de una barra metálica de preconceptos donde suicida, enfermo y asesino son mezclados sin ningún tipo de pudor argumental.

Si bien el caso de Framb se salta todos los protocolos, lo hace por la soledad que en la época había para ejercer el derecho a la muerte digna. Vale la pena observar con detalle algunos puntos del proceso judicial realizado en su contra en razón del homicidio agravado para detallar el modo en el que el conjunto de percepciones sociales y culturales se acoplan al proceder de la justicia:

La audiencia de juicio oral se desarrolló durante tres jornadas a lo largo del mes de marzo. Uno a uno fueron desfilando los diferentes testigos. En primer lugar, compareció el investigador judicial que dirigió la inspección a la escena de los hechos aquella tarde del domingo 21 de octubre de 2007. El investigador se limitó a hacer una descripción del apartamento y de lo que en él halló: el cuerpo de mi madre sobre la cama en posición dorsal —yo había sido conducido ya al hospital—, un pequeño perro asustado en un rincón, el sobre con la carta dirigida a Iván, tres sobres más con documentos encima del escritorio, una botella de vodka, un frasco de vidrio, un vaso con tres estuches vacíos de pastillas, la inscripción manuscrita en la pared, los trajes completos de hombre y de mujer sobre una silla. *Eso fue lo que observé, todo lo demás, en el apartamento, estaba en orden.*

Testificó a continuación el médico tratante de mi madre. A petición de la fiscalía, hizo una detallada relación de cada una de las dolencias por las que consultaba mamá, así como de los medicamentos que consumía, con sus respectivas dosis, y realizó una clasificación de la severidad de cada una de dichas dolencias, para concluir que *las enfermedades que padecía doña Luzmila eran de naturaleza grave e incurable.*

Preguntado por el aspecto exterior de mi madre, el médico dijo: *era una mujer de cara triste. En las consultas médicas, con alguna frecuencia lloraba y se sentía triste por el hecho de su condición, de sentir los dolores, de sentirse incapacitada para moverse, de no ver bien.*

A una pregunta de la fiscal, el médico afirmó que nunca oyó a mamá hacer manifestaciones sobre desear morir, ni que le consultó sobre el suicidio o formas de suicidio o medicamentos que sirvieran para quitarse la vida.

Fiscal: *¿Alguna vez, en su experiencia como médico de consulta ha tenido un paciente que le manifieste su deseo de morir?*

Médico: *Sí, claro.*

Fiscal: *¿Y qué características tienen esas personas?*

Médico: *Son generalmente pacientes depresivos, que están en su tratamiento.*

Fiscal: *¿Es frecuente el suicidio en personas de avanzada edad?*

Médico: *Es poco frecuente.*

Fiscal: *¿Hay en la enfermedad de la depresión un momento en que médicamente se considere que pueda aparecer una idea suicida?*

Médico: *Es muy frecuente la idea suicida en la depresión, muy frecuente, y el paciente puede no manifestarlo.*

Interrogado luego por el defensor, el médico manifestó que las enfermedades de mi madre no tenían cura, que sus padecimientos eran severos, pero que, no obstante, era una mujer plenamente lúcida, capaz de responder por sus decisiones. *La última vez que la vi — declaró el médico — estaba muy esperanzada por una cirugía que tenía de cataratas de un ojo* (Framb, 2009, p. 147-148).

Es posible notar en el anterior relato presentado por Framb, tres puntos que colisionan en la eutanasia como problema jurídico: el primero, y ya señalado, es el de la ausencia de un marco interpretativo que reconozca el asesinato por piedad; cada una de las acciones de Framb son vistas desde la línea de los asesinatos por orden causal y no condicional, que es un movimiento obvio en el caso de la fiscal, pero que muestra las líneas interpretativas del momento sobre el caso. El segundo es la descripción a la que pretende llegar la fiscal sobre el estado de la enferma, construyendo una perspectiva que ya se ha discutido en momentos anteriores de este texto, en la que la condición de enfermedad altera la condición de razonamiento y decisión de la persona; idea que, y este es el tercer punto, convive peligrosamente con una falta de definición del estado de la mujer como enferma no terminal, pero con la inevitabilidad del deterioro de su condición de vida.

El uso del homicidio agravado como concepto de juicio permite a la administración de justicia evadir los argumentos del derecho a una vida digna, antes de la muerte, y reniega de la inevitabilidad del colapso corporal evidente de la enferma. Mientras el argumento se mantenga en una línea causal, la

responsabilidad de la condición extrema a la que se vieron llevados madre e hijo no pasará por esa pregunta que ya se anunciaba en el apartado anterior: ¿Qué sistema de salud permite que una persona experimente una degradación de este tipo y le cercena todas las posibilidades de evitarlo?

Es evidente que, así como la descripción del caso de Framb y su madre se da desde una línea causal, la respuesta a este interrogante también evidenciará la evasión de cualquier tipo de relación condicional. La médula del asunto, y por esto este caso resulta de interés, es que — y pareciera un lugar común, pero no nombrado con la suficiente fuerza — las connotaciones morales que suscita la eutanasia en el orden subjetivo y colectivo instrumentalizan al derecho impidiendo una formulación jurídica del asunto en la que la línea que va del paciente, médico, EPS, Sistema Judicial, Marco Legal y Estado Social de Derecho sea reconocida con todas sus grietas y responsabilidades.

En el año 2015 hubo un caso que resonó en los titulares de los medios de comunicaciones nacionales e internacionales: la primera eutanasia legal en Colombia. La fotografía de un hombre de 79 años con medio rostro consumido por un cáncer de boca era la insignia de un proceso que pasó por diversas trabas antes de concretarse. Quince minutos antes de realizarse el procedimiento, la orden es cancelada; según el criterio médico, el tumor del rostro no había hecho metástasis y el hombre podría vivir un poco más (Semana, 2015, p. 1): sin rostro, pero podría vivir un poco más.

Para ese momento ya había sido aprobado el protocolo de aplicación de eutanasia, y de nuevo, aunque la condición del paciente constituyera muestra del desgarramiento de la enfermedad y del dolor, el movimiento legal y administrativo fue el mismo: priorizar un estándar abstracto sobre una realidad que, sin metáforas, estaba en la cara. El conjunto decía que Ovidio González, el nombre del hombre ya casi sin boca, podía decirle sí a la vida. Si el derecho en el juzgado de Framb no se mostraba una ciencia exacta, en el caso de Ovidio el marco legal de aplicación de la eutanasia se revelaba hijo de una ficción de la exactitud de la medicina.

Este último caso revela otro asunto aún más complejo. La decisión 15 minutos antes no solo evidenciaba las fallas del procedimiento; los motores de esta decisión no son tan claros, pero muestran que a la eutanasia se le opone la posibilidad de mantener al paciente en un limbo en el que los cuidados paliativos son utilizados como barrera de defensa de los preceptos conservadores y violadores de la autonomía y la dignidad de la persona; una vez más la técnica clínica, instrumentalizada por el marco legal y sociocultural, para mantener al paciente con vida aun en contra de su voluntad. Se crea una oposición entre cuidados paliativos, como oportunidad de resistencia ante el sufrimiento, y la

eutanasia, como vía de escape (Mendoza & Herrera, 2016, p. 326). Nuevamente, más que una explicación crítica, una justificación plagada de moralismos.

En 2018 se presentó la propuesta de ley que regularía la eutanasia en Colombia; el proyecto de ley a discutir presentaba una definición que había aparecido en el caso de Framb: la diferencia entre homicidio por piedad e inducción al suicidio; en ambos casos se formulan cargas penales, salvo para el primer caso, cuando «el médico tratante cuente con el consentimiento libre e informado del paciente, y haya respetado el procedimiento de cuidado debido, exigido por la ley que regula la terminación de la vida de una forma digna y humana y la asistencia al suicidio, no será objeto de sanción penal alguna» (Senado, 2018, p. 10).

Parecería que en este proyecto de ley se formularan las soluciones a la aplicación de la eutanasia en el país, y que se reafirmara que el principio de autonomía del paciente, principal logro de la medicina y la bioética en el país (Beltrán & Cuenca, 2019, p. 12), se erigiera como la columna en la que la vida digna en condiciones de enfermedad degenerativa y terminal pueda encontrar una salida justa. Pero no lo es del todo; casos como el de Yolanda han levantado voces indignadas que —y como lo habían hecho en el caso de Ovidio— se manifestaron sobre quienes apoyan la eutanasia, como: «Creen estar por encima de todo, incluso de Dios» (Redacción Nación, 2021, p. 1).

La frase anterior tiene todo un sentido dentro del escenario expuesto hasta el momento, pierde el matiz de fanatismo con el que puede ser relacionada, y de cara a un problema en el que los nervios religiosos, morales y culturales se entrelazan a los procedimientos médicos y jurídicos, y que se evidencian en las formas en las que legalmente se formula la eutanasia (Beltrán & Cuenca, 2018, p. 6). Es en este entramado nervioso en el que se ubica la discusión de la eutanasia en Colombia, y si las preguntas a ser formuladas desde la dicotomía vida/muerte son cambiadas por el cómo se desea morir, el escenario presentaría cambios significativos en la definición de las responsabilidades y en la reducción del sufrimiento (Mendoza & Herrera, 2016, p. 326): sería algo.

El 25 de julio de 2021, Yolanda Chaparro recibió la eutanasia después de 13 meses de una doble lucha. «Siempre me aterró ver a las personas totalmente destruidas y nunca quise que a mí me tocara esa situación», dijo en entrevista, durante los meses de disputa, (Fonnegra, 2021, p. 1). Veinticuatro días antes se promulgaba la Resolución 971 de 2021 por medio de la cual se establece el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de la eutanasia, en el que se estipulaba:

Artículo 7. Requisitos mínimos para expresar la solicitud. Son requisitos mínimos para expresar una solicitud: 1) la presencia de una condición clínica de fin de vida, esto es, enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal, o agonía; 2) presentar sufrimiento secundario a esta; 3) estar en condiciones de expresar la solicitud de manera directa.

La solicitud expresada de manera indirecta a través de un DVA tiene como requisito mínimo estar debidamente formalizado en los términos de la normatividad vigente al momento de su suscripción.

Parágrafo: En caso de que el médico tenga dudas sobre cualquiera de los requisitos mínimos antes referidos debe activar el Comité para que se adelanten las verificaciones pertinentes (Minsalud, 2021, p. 6).

Los avances son notables; los criterios permiten la posibilidad de realizar la solicitud en un estado en el que el dolor aún no lo ha inundado todo. Parece que hay algo. Yolanda obtuvo la eutanasia por vía de tutela; los criterios aplicados en su caso siguieron el mismo proceder que había en protocolo vigente hasta el año anterior, base de la actual resolución, y entonces otra pregunta se abre: ¿Hay algo?

6. CONCLUSIONES

La eutanasia no es un asunto que pueda observarse de una manera escueta. Plantearla como problema jurídico requiere mantener un equilibrio interpretativo desde el que se pueda ver de manera austera la experiencia subjetiva del cuerpo enfermo, en cualquiera de sus etapas, las denominaciones médicas sobre el cuerpo enfermo, la evolución de la clínica, la *lex artis*, la salud en la doble condición de derecho e institución, los marcos legales y la inserción de esta como problema en la conformación del Estado social de derecho, partiendo de los derechos y libertades individuales. No todo es obra del conservadurismo, y tampoco, como se observó, no todo avance de la ciencia médica implica un adelanto en términos de dignidad antes de morir.

Si se tienen en cuenta los puntos problemáticos desarrollados en este documento, el cuerpo que padece la espera en una sala de cuidados intensivos o en casa, no es solo un cuerpo en espera; ahora se entiende que ese cuerpo, justo después de ingresar a la serie de protocolos, procedimientos y criterios médicos, es un cuerpo sobre el que se abalanza toda la experiencia del control institucional y cultural sobre el individuo. Es por esto que los criterios de los protocolos sobre la eutanasia no son contundentes y mucho menos tan abiertos como las urgencias lo requieren; es porque ante un cuerpo enfermo

dispuesto ante una camilla, la noción de independencia del individuo para acabar con su dolor hace temblar las cimientos de toda la estructura social y jurídica: es un acto máximo de libertad. Y esto, como se ha visto, no es solo un juego narrativo.

En Colombia, y como lo muestran los tres casos señalados, la aplicación de la eutanasia se da desde agrestes terrenos de legitimidad. Se puede usar el estandarte de uno de los países donde es legal la eutanasia y donde se tiene un reciente proceso de aplicación de protocolos para la misma, pero quien enuncia la realidad médica, social y jurídica de dicha legalidad y la facticidad de los protocolos es el enfermo. Los tres casos citados revelan más del cúmulo de elementos que limitan la potestad individual ante el sufrimiento y que vulneran el derecho a una vida y a una muerte digna, que los abstractos procesos legales y clínicos. De nuevo, el cuerpo enfermo es el comienzo y el fin de la discusión, y si ha de tratarse el derecho a la muerte digna como un problema jurídico, es necesario partir y terminar en él, puesto que la agonía no tiene tiempo de espera y no admite abstracciones.

REFERENCIAS

- Álvarez, D., & Ocampo, Y. (2020). Análisis jurídico sobre la eutanasia en Colombia: Consecuencias legales por su inaplicación. Facultad de Derecho. Universidad Autónoma Latinoamericana. Consultado en: http://repository.unaula.edu.co:8080/bitstream/123456789/1445/1/unaula_rep_pre_der_2020_analisis_eutanasia_Colombia.pdf
- Beltrán, J., & Cuenca, R. (2019). Perspectivas legales de la eutanasia en Colombia. *Revista Criterio Libre Jurídico*, 16(1). Universidad Libre de Colombia. Consultado en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/criteriojuridico/article/view/5790>
- Celedón, C. (2012). Sufrimiento y muerte en un paciente terminal. *Revista otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 72(3). Santiago de Chile. Consultado en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48162012000300008&script=sci_arttext
- Código Penal. [CP]. Decreto 100 de 1980. 23 de enero de 1980. (Colombia). Consultado en: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1705120>
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-239 de 1997. M. P. Carlos Gaviria Díaz. Consultado en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>

- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-970 de 2014. M. P. Luis Ernesto Vargas Silva. Consultado en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-423 de 2017. M. P. Iván Humberto Escruera Mayolo. Consultado en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-423-17.htm>
- Díaz, E. (2017). La despenalización de la eutanasia en Colombia: contexto, bases y críticas. *Revista de bioética y derecho*, (40). Universidad de Barcelona. Consultado en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872017000200010
- Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica: una mirada de la arqueología médica*. Siglo XXI Editores.
- Framb, C. (2009). *Del otro lado del jardín*. Editorial Planeta Colombiana SA.
- Fonnegra, M. (2021). La lucha de Yolanda para que la dejaran morir dignamente. *El Tiempo*. Consultado en: <https://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/se-cumplio-eutanasia-de-yolanda-chaparro-a-quien-se-la-habian-negado-597220>
- Giraldo, J., & Giraldo, M. (1999). *Metodología y técnica de la investigación sociojurídica*. Legis.
- Guerriero, L. (2009). *Frutos extraños*. Editorial Aguilar.
- Instituto Borja de Bioética. (2005). Hacia una posible despenalización de la eutanasia. *Bioética i Debat*, 11(1): 1-7. Consultado en: <http://www.bioetica-debat.org/contenidos/b&d/bioetica39esp.pdf>
- Martínez, S. (2020). El desamparo de la eutanasia en Colombia. Universidad Católica de Colombia. Consultado en: <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/24704/1/El%20desamparo%20legal%20de%20la%20eutanasia%20en%20Colombia.pdf>
- Mendoza, J., & Herrera, L. (2016). Reflexiones acerca de la eutanasia en Colombia. *Revista colombiana de anestesiología*, 44(4). Consultado en: http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v44n4/es_v44n4a11.pdf
- Minsalud. (2015). Resolución número 1216 de 2015: por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la sentencia T-970 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad. Consultado en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201216%20de%202015.pdf

- Minsalud. (2015). Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Consultado en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf>
- Minsalud. (2021). Resolución 971 de 2021: por medio de la cual se establece el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer Efectivo el Derecho a Morir con dignidad a través de la Eutanasia. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Consultado en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-971-de-2021.pdf>
- Ortiz, M. (2021, junio 29). La lucha de Yolanda para que la dejaran morir dignamente. El Tiempo. Consultado en: <https://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/se-cumplio-eutanasia-de-yolanda-chaparro-a-quien-se-la-habian-negado-597220>
- Redacción Nación. (2021, julio 23). «Creen estar por encima de todo, incluso de Dios»: Alejandro Ordóñez sobre eutanasia en pacientes no terminales. Revista Semana. Consultado en: <https://www.semana.com/nacion/articulo/creen-estar-por-encima-de-todo-incluso-de-dios-alejandro-ordonez-sobre-eutanasia-a-pacientes-no-terminales/202105/>
- Semana. (2015, Junio 28). Con tutela exigirán que se respete el derecho a la eutanasia del padre de «matador». Revista Semana. Consultado en: <https://www.semana.com/nacion/articulo/con-tutela-exigiran-que-se-respete-eutanasia-del-padre-de-matador/433032-3/>
- Senado de la República de Colombia. (2018). Proyecto de ley de 2018: por el cual se reglamentan las prácticas de la Eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia y se dictan otras disposiciones. Disponible en: <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/images/documentos/Textos%20Radicados/proyectos%20de%20ley/2018%20-%202019/PL%20023-18%20Eutanasia.pdf>
- Villegas, M. (2021). La eutanasia de Ovidio González: Desde las caricaturas hacia la pedagogía deliberativa. Colección pedagógica y bioética. Universidad del Bosque. N. 11. Consultado en: <https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/5965/9789587392173.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Zamora, A. (2002). El enfermo terminal y la muerte. *Revista bioética y ciencias de la salud*, 5(2).