

Las Muertes Anunciadas: Representaciones Sociales de la eutanasia, una ventana al mundo médico de la mano de los dilemas éticos, la muerte y el cuidado paliativo.

Proyecto De Grado II

Nathalia Andrea Hurtado Manrique

Asesor

Omar Bravo

Universidad Icesi

Facultad De Derecho & Ciencias Sociales

Psicología & Antropología

Santiago De Cali

2019

AGRADECIMIENTOS

Aunque la tesis es un pequeño escalón más en el mundo profesional, en ocasiones puede ser abrumante el peso que acarrea. Sin embargo, muchos nos sentimos apoyados y acompañados por personas especiales en nuestras vidas a quienes les debemos mucho, y, aunque no lo expresemos continuamente, reconocemos que son quienes nos han permitido llegar más lejos de lo que alguna vez imaginamos, y por esto, merecen una mención en este documento al que colaboraron indirectamente.

Le agradezco encarecidamente a Martha Manrique porque sin ella no habría sido posible nada, absolutamente nada, porque ha sido el motor que me ha impulsado constantemente y también mi modelo a seguir. Le agradezco profundamente a José Antonio Hurtado, mi animador personalizado a quien puedo acudir en cualquier momento, y en quien encontraré las palabras más bellas y motivadoras, porque “la tesis es solo un trabajo más”. A Diana Hurtado le agradezco la paciencia y la discreción al no preguntar continuamente por el estado de este documento final, son aspectos que valoro exponencialmente.

Reflexionando sobre esta investigación concluyo que habría sido imposible de realizar sin un guía que me acompañara con paciencia, con cariño y con muchas recomendaciones y palabras de apoyo como lo fue mi tutor, Omar Bravo. Después de todo el tiempo que recorrí, agradezco profundamente porque siempre estuvo allí, con las mejores energías y con el mejor de los ánimos. Sé que pude cumplir con mi camino, apasionándome por el proyecto y por los avances de este por la excelente guía que tuve.

Finalmente, le agradezco a todos los médicos que participaron en la investigación y que me dieron parte de su tiempo, con conversaciones e intercambios que terminaron en reflexiones más extensas que el tiempo que les había compartido- el tema les era muy interesante. Por su honestidad y apoyo, inclusive comentándome de otros colegas que podrían ayudar, les agradezco y aspiro a que les llame la atención e interese esta tesis tanto como a mí.

Tabla de contenido

Introducción	4
Planteamiento del problema	6
Objetivo general	6
Justificación	7
Metodología	7
Participantes	8
Categorías de análisis	9
Marco Contextual	10
Historia de la eutanasia	11
Eutanasia en Colombia: Despenalización, tutela y regulación	14
Primer hito. Más allá de la norma	15
Segundo hito. Necesidad de una ley: El caso de la señora Julia	17
Tercer hito. La resolución 1216 de 2015.	18
Después de la resolución: Complicaciones	19
Cuarto hito. Sentencia T-423 de 2017.....	20
Quinto hito. El estado actual de la eutanasia en Colombia: Objeción de Conciencia.....	22
Marco Teórico: Teoría de las Representaciones Sociales	24
Las influencias en la construcción de las RS	26
El sentido común.....	27
Definiciones de las Representaciones Sociales.....	28
Construcción de las Representaciones Sociales.....	31
Características de las Representaciones Sociales.....	32
Ideología	33
Resultados	34
Dra. D: Religiosidad, labor médica y cuidados paliativos.	35
Dr. N : La legalidad, la verdadera muerte y los cuidados paliativos.....	37
Dra. S: La eutanasia triste, la política y la moral.	39
Dra. L: La educación, la moralidad y el cuidado paliativo.	42
Dra. J: Dilemas, objeción de conciencia y una nueva postura	44
DR. C: La eutanasia, los temas tabús y la iniciativa	46

Dr. P: La experiencia del trabajo, el apoyo al 100%	48
Cotidianidad del ejercicio médico.....	50
Ventana al ejercicio médico.....	52
El ejercicio médico: Ética médica y Dilemas éticos.	53
Ética médica: El acto médico.....	54
Dilemas de los médicos frente a la eutanasia	55
Dr. N : El pastel.	56
Dra. M: La muerte inaceptable.	57
Dra. S. La morfina, la responsabilidad y el deber.	58
Dra. P: Apoyo, pero no puedo.....	59
Dra. L: La culpa.	61
Dr. JC: Sin límites morales	62
Dra. J: la eutanasia como tensión.....	63
Discusión	65
Eutanasia	65
La muerte	68
Dilemas éticos	70
Objeción de conciencia	71
Conclusiones	72
Bibliografía	75

*“Quiero morir de manera singular
Quiero un adiós de carnaval
Quiero tu voz negra canela escuchar
Con su frescura natural sincera*

*Quiero te quiero pregonando un ben ben
No quiero velas no quiero un sermón oye bien
Quiero la voz de esa mulata, un trombón
Morir en tiempo de son, bendición”*

-Canción “Canela”
de Cesar Mora.

Introducción

La muerte es justa, pues ataca a todos sin igual, sin importar la especie, la edad, el género, la religión o postura política. Es una máxima en la historia de la humanidad, pues siempre aparece en la sombra, en la oscuridad de la brillantez de la vida. Es seria, dado que ataca una única vez, sin fallar. Es callada y taciturna, pues tiende a vagar sola, y a su llegada, siempre hay momentos de silencio. Dicen que es fría, insondable y que no posee corazón, pero no se entiende que únicamente está haciendo su trabajo.

Pese a todas sus características, de la muerte es preferible no hablar. Cuando se le menciona tiende a producir el espanto, seguido inmediatamente de actos ritualizados como el tocar madera, escupir al aire o votar un poco de aguardiente a su nombre para que no se aparezca. Se le vincula con la enfermedad, con el fin de la vida y con la tristeza. Además, se le han adjudicado apellidos, pues como aparecen publicitados en los medios de comunicación, hay muertes pasionales, muertes por feminicidio, por cirugías estéticas, por asesinato, entre otros.

La preponderancia de la muerte estriba en que es un elemento fundamental para la humanidad, pues la ha acompañado desde el inicio de los tiempos como una constante infaltable, incansable e invencible. Se le ha relacionado con creaciones humanas como las religiones, los dioses, los ángeles y los infiernos; se ha luchado contra ella y se le ha intentado comprender como un hecho natural, como parte de los distintos ciclos biológicos del planeta.

Sin embargo, es tanta su relevancia para las distintas culturas, comunidades y grupos sociales, que en este documento se parte de la conclusión de que, al ser un tema tan ahondado y discutido por tantos siglos por los seres humanos; se ha llegado a convertir en un tema radicalmente humano, al que se le acompaña de complejidades humanas como los rituales, razonamientos y explicaciones culturales y sociales. De hecho, es uno de los temas a los que

más se le han dedicado rituales, oraciones, santos, investigaciones e inclusive, una conmemoración como lo es el día de los muertos.

En este documento se menciona una muerte a la que han denominado *digna* en algunos escenarios, ganándose ese nombre porque ha dado un final a las personas que han padecido enfermedades terminales. Es una muerte tabú, una que ha tenido que pasar por discusiones morales, éticas y judiciales al implicar un hecho como el fallecimiento voluntario de una persona.

El tema principal de este documento ha sido considerado tabú por múltiples comunidades, inclusive más que la misma muerte. Se le ha ubicado como uno de los tópicos más relevantes debido a las implicaciones éticas, sociales, económicas, políticas, culturales y de salubridad que han complejizado las discusiones en distintos países frente a su posible despenalización, regulación y práctica.

La interrogante de la que proviene esta investigación parte de cuestionar por qué a la eutanasia se le ha considerado como un tema tabú, evitado, silenciado e ignorado. De reconocer cuáles son los elementos, razonamientos o juicios con los que se le relaciona aún en la actualidad, porque en un mundo globalizado, interconectado y tecnologizado, en el que la cotidianidad se ha transformado, se ha logrado irrumpir en temas que antes eran tabú pero que en la actualidad se están legitimando, como lo son aborto, la orientación sexual diversa a la heterosexual, la apertura a otros géneros y diversidades, entre otros, lo que nuevamente, brinda un peso para considerar por qué sigue siendo un tema tan esquivo.

Contextualizando, Colombia es uno de los pocos países que ha despenalizado la eutanasia en 1997, llegando a reglamentarla en el 2015; sin embargo, llama la atención que, pese a su despenalización, surjan en la actualidad demandas y publicaciones mediáticas que exponen en sus títulos las dificultades que han tenido muchas personas para acceder a la eutanasia; lo que demuestra que, pese a que existe normatividad, resolución y un protocolo a seguir, han ocurrido circunstancias como la negación de la eutanasia o la objeción de conciencia de parte de médicos que imposibilitan su ejecución y generan una nueva circunstancia o complejidad ante la eutanasia, la cual, debe ser abordada.

La eutanasia es una alternativa en Colombia para poder cumplir con el derecho de la muerte digna, concepto que hace referencia a la garantía que deben poseer las personas para ejercer su autonomía frente al final de su vida. En este sentido, generalmente es solicitada cuando el dolor y sufrimiento de los pacientes en condiciones de enfermedad terminal o degenerativa. Aunque existen otras alternativas, como el cuidado paliativo, la eutanasia fue la primera medida compasiva en la constitución colombiana en ser despenalizada en 1997, sin embargo, desde ese año, no se encuentran datos o información sobre la cantidad exacta de eutanasias que se han practicado, y mucho menos, la cantidad de aquellas que se han rechazado. A su vez, se desconoce el tipo de procesos administrativos e individuales que implica la práctica de la eutanasia, puesto que, pese a que se ha reglamentado parte del proceso en el 2015, al igual

que las cifras de la práctica o rechazo de la misma, siguen brillando por su ausencia. Se desconocen muchos elementos asociados a la eutanasia, como el proceso, las implicaciones psicológicas que tiene para la familia o amigos del fallecido, así como las dificultades o problemáticas que ha generado la práctica a los médicos.

Aunque se puede evidenciar el nivel de dificultad que han enfrentado los médicos frente a la eutanasia si se toma en cuenta que existe una práctica que ha sido presentada constantemente por los medios de comunicación, como lo es la de declarar objeción de conciencia para declinar su participación en la práctica. El término de objeción de conciencia es importante porque implica que los médicos pueden rechazar participar en un proceso cuando consideren que sus creencias, principios éticos y morales se están viendo afectadas por una práctica particular, como lo es la eutanasia. Al respecto, una organización representativa que defiende la aplicación de la eutanasia en Colombia como la Fundación Pro-Derecho a Morir Dignamente recalca que “una de las limitaciones que ha afectado la práctica de la eutanasia es la objeción de conciencia, la cual ha propiciado un sufrimiento innecesario en los pacientes” (Duque, 2017, párr. 12).

Planteamiento del problema

Este es un documento para las personas que han quedado interesadas en conocer cómo es la actualidad de la eutanasia en Colombia, específicamente, en los más cercanos a esta práctica como lo son los médicos. Lo anterior, porque diversas fundaciones y organizaciones sociales han relatado la perspectiva de las familias y del paciente que solicitan la eutanasia, sin embargo, poco se ha mencionado de los que la practican, a menos, claro, que se traiga a colación el elemento de la objeción de conciencia. En específico, se les dará el protagonismo, pues se pretenderá conocer cuáles son las opiniones, imaginarios, percepciones y vinculaciones que tienen los médicos frente a la eutanasia, lo cual, se traduce en ahondar en los pensamientos, sentimientos, emociones, dilemas, disyuntivas, etc. que ha generado este concepto.

Profundizando en lo anterior, las incógnitas que surgieron frente a la situación fueron tres ¿Qué representaciones sociales están presentes en los médicos que rechazan la aplicación de la eutanasia? ¿Qué elementos sociales, políticos, económicos o culturales influyen en dichas representaciones o razonamientos? ¿Qué argumentos plantean los médicos para declarar objeción de conciencia? Con estas interrogantes se creó la pregunta principal de este documento de conocer cuáles son las representaciones sociales de los médicos frente a la práctica de la eutanasia.

Objetivo general

Conocer las representaciones sociales de los médicos frente a la práctica de la eutanasia.

Objetivos específicos

- Identificar los factores sociales, culturales y políticos que inciden en las representaciones sociales de los médicos frente a la eutanasia.
- Conocer los razonamientos morales y éticos de los médicos de los médicos generales frente a la práctica de la eutanasia.
- Exponer el estado de la práctica de la eutanasia en Colombia.

Justificación

Con el contexto esbozado previamente, esta investigación contiene una justificación social puesto que responde a dos argumentos. El primero, porque el investigar por las representaciones sociales de los médicos frente a la eutanasia puede ser un comienzo para que sigan emergiendo investigaciones relacionadas al estado actual de esta, reconociendo que es una práctica que ha tenido que pasar por debates morales y legales, y que, dada su importancia, es menester conocer. El segundo, debido a que al hacer este tipo de investigaciones se puede comprender cuáles son las limitaciones que inciden en que no se pueda aplicar la eutanasia, teniendo con esto, un contexto general y complejo del tema, posibilitando espacios en los que se discutan estos elementos.

Metodología

Esta tesis parte de un diseño cualitativo de tipo etnográfico teniendo en cuenta que el tipo de diseño seleccionado permite “Comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto” (Chapa, 2015, p. 61), en la cual se conocen los puntos de vista, interpretaciones y significados de estos (Samperi; Collado, Lucio & Pérez, 2014, p. 358). En este sentido, aparecerán apartados de las entradas de diario recopiladas en el trabajo de campo.

Como métodos de recolección de información se utilizó principalmente la entrevista semi estructurada debido a la flexibilidad que permite, pues de las preguntas generales pueden derivarse otros tipos de interrogantes, debido a que, como Samperi (2014) menciona, este tipo de entrevista permite “La libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información” (p.404). Frente a la escritura, retomo la idea de que la antropología trabaja colaborativamente con sus informantes, y que, en la etnografía, debe evidenciarse la multitud de voces que han dado su percepción de la eutanasia, razón por la que en este documento alternaré entre entradas de diarios, fragmentos de entrevistas y percepciones propias de las concepciones aquí discutidas.

Participantes

Durante estos meses visité tres instituciones de la salud de Cali, como la clínica Imbanaco, la clínica de Occidente y la clínica Valle del Lili, así como la Universidad Icesi. En estas instituciones, contacté a siete médicos a través de la técnica de bola de nieve y de los contactos que ellos mismos me proveían, logrando conocer a médicos que poseen especialización en cuidados paliativos, en medicina familiar, medicina social o comunitaria y en medicina general.

La Dra. Z es una profesora de medicina de la universidad Icesi, es investigadora y también es médica comunitaria. La conocí porque he trabajado como asistente de investigación en sus proyectos sobre medicina tradicional, así que conocía de mi proyecto, y en diversas situaciones estuve acompañándola en su cotidianidad como investigadora, conversando sobre la eutanasia, pues es un tema del que tiene mucho por decir.

Me acerqué a la Dra. D a través del contacto de la Dra. Z. Esta médica trabaja en el área de cuidados paliativos del Centro Médico Imbanaco y en la clínica de oncología de Cali. Contacté con ella por redes sociales, conversamos constantemente sobre el tema desde su experiencia personal y laboral, como médica en cuidados paliativos. Finalmente nos reunimos para la entrevista, y también, conocí su lugar de trabajo en la clínica, conectándome con el Dr. N.

Conocí al Dr. N debido a la Dra. M. Es un médico con especialización en medicina familiar que trabaja en cuidados paliativos en el Centro Médico Imbanaco y como profesor hora cátedra para la universidad Javeriana. Pude acompañarlo en su jornada una vez, y luego, para realizar la entrevista.

La Dr. A es una médica general que ha trabajado en la clínica Farallones y que actualmente se encuentra estudiando antropología en la universidad Icesi. Es una mujer en sus cuarentas, con la que contacté debido a que se convirtió en una compañera de carrera, y debido a esto, hemos tenido reuniones tipo tertulia, además de la entrevista, donde las discusiones han estado relacionadas con la religión, la muerte y la eutanasia.

La Dra. P es una médica joven con especialidad en medicina general que ha trabajado en la Clínica de Occidente, en el área de oncología como médica asistente. Obtuve su contacto por la técnica empleada, siendo la única médica de la clínica de occidente.

El Dr. C es un médico de la Universidad Icesi que se encuentra haciendo su año rural en Cundinamarca. Por el momento es un generalista que ha estado trabajando en el área de urgencias.

La Dra. L es una médica de la universidad Icesi, a quien conozco personalmente por temas de la universidad. Fue quien me permitió relacionarme con un abogado que instruye a los estudiantes de medicina sobre la ética médica, y quien me comentó que sería fundamental entrevistarlos pues consideraba que los estudiantes de medicina aprendieron mucho de esa clase.

Categorías de análisis

Con el propósito de responder a la pregunta por cuáles son las representaciones sociales de los médicos frente a la eutanasia se crearon cinco categorías de análisis, siendo las dos primeras creadas con anterioridad, y las restantes, emergentes.

- 1. Representación social de la eutanasia:** Con esta categoría se pretende conocer cuáles son las percepciones e imaginarios que poseen los médicos frente a la eutanasia a través de preguntas como ¿Qué piensa de la eutanasia? ¿Cuál es su posición frente a la eutanasia? ¿Qué pensaba antes de la eutanasia y qué piensa en la actualidad? En un caso hipotético, si algún paciente solicita la eutanasia ¿qué haría?
- 2. Orígenes de las RS:** Esta categoría se enfoca en ahondar los factores que han influido para que los médicos hayan construido la representación que poseen, mediante las interrogantes ¿Qué cree que influyó para que se formara esa opinión de la eutanasia? ¿En su formación académica se mencionaba a la eutanasia? ¿Con qué se le relacionaba? ¿Cree que en su percepción de la eutanasia ha influido su formación académica? ¿Cree que ha influido su religión?
- 3. Rol del médico:** Esta categoría abarca las concepciones y definiciones de lo que consideran los médicos que es la medicina y que debe ser su rol como médicos, retomando en este caso, la situación que suscita la eutanasia. Las preguntas orientadas para esta categoría son ¿Cuál es el rol que tiene un médico frente a la eutanasia? ¿Cuál es la postura de la medicina frente a la eutanasia?
- 4. Dilemas éticos:** Con esta categoría se ahondará en los dilemas, tensiones, decisiones difíciles y complejidades a las que se enfrenta el médico en su cotidianidad frente a temas como la muerte y la eutanasia, a través de interrogantes como ¿Su concepción de la eutanasia le ha generado algún conflicto? ¿Qué piensa sobre la objeción de conciencia? ¿Qué ocurre cuando, en distintos casos de la actualidad frente a la eutanasia, se sigue presentando la objeción de conciencia?
- 5. Objeción de conciencia:** El objetivo de este concepto de análisis es profundizar en las concepciones que se tienen frente al término de objeción de conciencia con preguntas como ¿Sabe qué es la objeción de conciencia? ¿Considera importante este término? ¿La ha utilizado o la utilizaría?

Marco Contextual

Definición

La eutanasia refiere a la terminación voluntaria a la vida de una persona que, jurídica y biológicamente, padece de una enfermedad terminal, siendo aplicada de forma activa o pasiva, así como de forma voluntaria o involuntaria.

Retomando el *Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia*, a la eutanasia se le define como “El acto o la práctica de matar o permitir la muerte por causas naturales por razones de compasión, es decir, para liberar a una persona de una enfermedad incurable, un sufrimiento intolerable o una muerte indigna” (Ministerio de Salud, 2015, p. 21). Bajo este protocolo existen siete requisitos para que el paciente pueda acceder a la práctica de la eutanasia:

Requisito 1	<i>Condición médica:</i> Se refiere a que la enfermedad del solicitante sea en estado terminal -definida así por los médicos tratantes
Requisito 2	<i>Evaluación del sufrimiento:</i> Se describe la naturaleza y el tipo de sufrimiento delimitando si es intolerable o si hay perspectiva de mejora - La valoración se retoma de acuerdo con la percepción de los médicos tratantes, así como de la percepción del solicitante
Requisito 3	<i>Inexistencia de alternativas de tratamiento a cuidado razonables:</i> Destaca el tipo de terapias médicas recibidas, así como los resultados de esta.
Requisito 4	<i>Persistencia en la solicitud explícita:</i> Se determina la persistencia de la solicitud del paciente, con el objetivo de reconocer si es un pedido que prevalece con el tiempo.
Requisito 5	<i>Evaluación de la capacidad para decidir,</i> donde un psiquiatra o psicólogo clínico determina si el paciente posee la capacidad para tomar las decisiones y si estas fueron bien tomadas.
Requisito 6	<i>Segunda valoración,</i> bajo la cual, se establece el comité científico interdisciplinario para el derecho a morir con dignidad es el segundo evaluador quien debe valorar los anteriores requisitos.
Requisito 7	<i>Integridad de la evaluación:</i> Se brinda documentación sobre los procedimientos realizados y se crea un resumen que incluye el objeto de interconsulta a la segunda valoración.

Tipos de eutanasia:

Pese a que en Colombia necesariamente se trabaja bajo la eutanasia voluntaria - retomando los requisitos expuestos - existe también la *eutanasia involuntaria* en la que la persona ya no es competente para manifestar su deseo de morir, por lo que es involuntaria puesto que no se practica a una persona que habría sido capaz de otorgar o no el consentimiento de su propia muerte (Kushe, 2000).

También existe la *eutanasia pasiva* bajo la cual existe la inhibición de una persona - médico o familiar- de actuar, siguiendo el tratamiento. En adición, la *eutanasia activa* se caracteriza por la intervención directa para acortar la vida de una persona. (Kushe, 2000).

Historia de la eutanasia

¿Desde cuándo se menciona la eutanasia? ¿Cuándo se le dio ese nombre y ese significado? En antropología existe una máxima, y es la idea de que en todas las culturas ha habido una discusión sobre la vida y sobre la muerte, sobre las consideraciones de una buena vida, sobre los ritos funerarios para una muerte, inclusive sobre qué ocurre después de la muerte, pero ¿ha habido discusiones sobre la eutanasia?

Como práctica y como concepto la presencia de este término se ha caracterizado como un tema antiguo en la humanidad, pues ha sido un tema estudiado, discutido y abordado por civilizaciones antiguas como Grecia, Esparta, India y Mesopotamia (Vilches, 2001). Resulta válido cuestionarse cómo eran las representaciones o connotaciones del término, y también, cuáles fueron los factores que incidieron en que se transformaran y llegaran a ser lo que es hoy en la actualidad. Se iría demasiado lejos para preguntar cómo eran las prácticas en estas civilizaciones dado que es una interrogante que se escapa del objetivo de este documento, pero es un aliciente a tener en cuenta en una próxima oportunidad.

Continuando con esta trayectoria histórica, desde las civilizaciones mencionadas se le ha dado a la eutanasia el significado de “buena muerte”, es decir, la muerte sin dolor, sin sufrimiento (De Castro, et al, 2016). Más adelante, con el advenimiento y posicionamiento del cristianismo y del judaísmo en diversas sociedades, a la eutanasia se le anudó al concepto de la santidad de la vida humana, el cual, recalca -aún en la actualidad- que la vida es sagrada y santa, y que, por ende, el único ser que puede decidir sobre ella es uno llamado Dios. En efecto, se le categorizó como prohibida porque la práctica de la eutanasia “atenta” contra la vida, dado que “Ésta no debe quitarse deliberadamente, pues acabar con una vida humana es usurpar el derecho de Dios de dar y quitar la vida” (Kushe, 2000, p. 405).

Más adelante, cuando comenzó el enriquecimiento cultural y filosófico en el siglo XVI, los debates de diversos autores transformaron la conceptualización de la eutanasia. Prueba de esto fue Sir Thomas More quien planteó una dimensión más piadosa de la muerte dulce con el reconocido libro *Utopía*, pues demostró al público del momento que había consideraciones que se tenían que tomar en relación con la enfermedad crónica, el sufrimiento y el padecimiento (Kushe, 2000).

Una mención importante en este periodo es el movimiento filosófico, político, social y cultural denominado la ilustración. Es en este momento histórico- Desde el siglo XVII hasta finales del XVIII- en el cual confluyeron mentes brillantes y revolucionarias, fue que el

concepto de la eutanasia adquirió otro enfoque. En efecto, autores influyentes como David Hume, Jeremy Bentham y John Stuart Mill, produjeron una crítica hacia la base religiosa que soportó la prohibición de la eutanasia, permitiendo con esto una nueva dimensión diferente a la religiosa para comprender el término, una perspectiva más filosófica y racional que *divina*. (Kushe, 2000).

Ahondando en los aportes de estos autores, Hume expuso una posición bastante crítica frente a la religión, al mito, la superstición y todas aquellas fuerzas irracionales que impiden el libre desarrollo del individuo (Saldaña, 2002). Así, con una perspectiva crítica de los alcances y efectos de la religión, Hume explora un tema censurado aún en la actualidad con su trabajo “Sobre el suicidio y otros ensayos” (1988). ¿Cómo se debe entender el suicidio, por fuera de los marcos religiosos? En su escrito, el filósofo propone una tesis transgresora con los ideales del momento y las imposiciones religiosas: “Los hombres tienen derecho a acabar con su vida cuando consideren desde un punto de vista racional que dicha vida no les proporcionará más que sufrimiento” (Tasset, 1992, p. 154). En efecto, esta posición generó polémica puesto que su argumento fue que, dado que todo está establecido por Dios -la naturaleza, el mundo, los seres humanos-entonces la muerte y las distintas formas de llegar a ella, también están establecidas por esta deidad, por lo que el acto de suicidio o eutanasia no estaría incumpliendo con la posición religiosa, siendo que Dios sigue siendo el ojo observador y vigilante del mundo.

En contraste, el creador del utilitarismo moderno Jeremy Bentham, más que exponer una crítica hacia la religión, propone que la moral, la religión y la política como elementos importantes para nuestra conducta, deben tener un mismo y único fin, y ¿cuál es este fin? ¿Cuál es el principio que deben seguir estos actores? Bentham (1836) responderá que el objeto de estos actores, así como del ser humano, es el de “Acrecentar su propia dicha en cuanto es formada de placer y libre de pena” (p. 25). Este principio se conoce como el utilitarismo hedónico, bajo el cual se concibe la utilidad en el sentido de que esta brinde placer más que dolor (Goodin, 2000). Frente a la eutanasia, este autor postulará que será mayor el bien y la felicidad para el enfermo y su familia si se le ayuda a morir dignamente.

Finalmente, John Stuart Mill, exponiendo una posición que se aleja de esa perspectiva tradicional de la religión frente a la moral, destaca una apuesta frente a la moralidad, anudada al sentido común, pues recalca que los seres humanos aprenden el sentido común desde su infancia, a través de las consecuencias positivas y negativas de las acciones humanas (Schneewind, 1995). Como se evidencia, estos autores mencionados le dieron otra perspectiva a la eutanasia, una más crítica y reflexiva que avivó las discusiones futuras sobre su práctica.

Las discusiones y avances teóricos que se desarrollaron durante los siglos pasados tuvieron un nuevo enfoque que fue provisto por la aparición del tercer Reich y el partido Nacionalsocialista Obrero Alemán (Nazi), actores que transformaron la connotación del término de “muerte dulce” al vincularlo con la eugenesia, la idea de mejorar de la raza y con las consecuencias nefastas de dicha ideología, la cual, clasificó la eutanasia como un arma que podía ser utilizada para consolidar ideologías políticas que buscaran eliminar a determinadas

poblaciones, aspecto que fue visto negativamente una vez se conocieron las tragedias generadas en la Shoah (Reis de Castro, et al, 2016). En efecto, después de este periodo la eutanasia y a la eugenesia comenzaron a ser presentadas con ambivalencia, casi como si fueran semejantes (Dietrich, 2002), a tal punto de que en la actualidad persiste el temor de “Una eugenesia individual, libre y democráticamente legitimada” (Dietrich, 2002, p. 64).

En décadas posteriores, el término adquirió nuevas connotaciones relacionadas con el concepto de la calidad de vida y la medicina moderna, puesto que con los avances tecnológicos y científicos de la medicina se dio apertura a nuevas realidades o formas de vida que en algunas áreas de las ciencias sociales son denominadas como “bioconstruidas”. Esto lo exponen Peña & Austin (1998) cuando señalan que, aunque

La ciencia médica (...) ha realizado contribuciones innegables como reducir la tasa de mortalidad, curar enfermedades, aliviar el dolor, etc. también ha proporcionado realidades nuevas : Personas con daños cerebrales severos conectadas a respiradores, tubos de alimentación, etc. ; niños que nacen sin cerebro o sólo con el tronco cerebral (anencefalia); mujeres embarazadas en estado de muerte cerebral ; estados vegetativos persistentes o crónicos ; técnicas de reproducción asistida ; diagnóstico prenatal; trasplante de órganos y xenotrasplantes (p. 16).

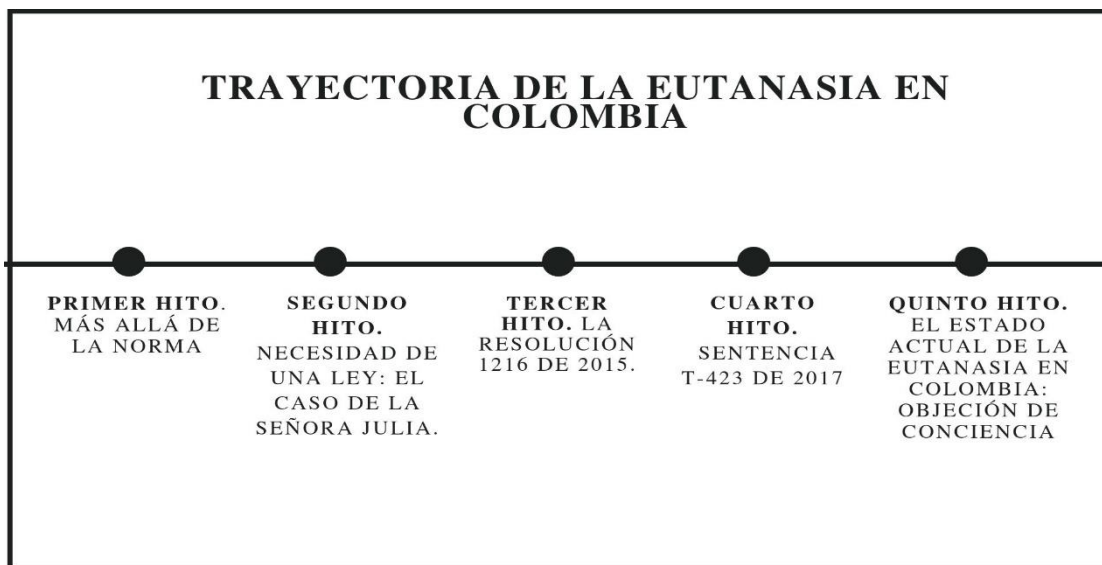
Los mismos autores concluyen que, aunque la conciencia de la muerte como paso final ha sido un elemento traumático y amenazador para el ser humano, con los avances de la medicina moderna acontece otro temor social “El temor al `mal morir”, el miedo no sólo al dolor y al sufrimiento, sino además a quedar atrapado en un sistema médico sumamente tecnificado” (Peña & Austin, 1998). Con este contexto, temas como la calidad de vida, el buen morir y el derecho a la muerte, surgen con fuerza en el entorno judicial, como se evidencia en el hecho histórico realizado en Reino Unido en 1950 cuando se presentó una moción a favor de la Eutanasia Voluntaria en la Cámara de los lores.

Este acto histórico develó una preocupación social y judicial por establecer definiciones, limitaciones y protocolos para que se pueda aplicar la eutanasia. Dicha preocupación trajo como consecuencia discusiones sociales, políticas, económicas, biológicas y principalmente, filosóficas y jurídicas sobre el término en años venideros, reconceptualizando la concepción de muerte, de suicidio, de muerte asistida, de eutanasia activa, pasiva, voluntaria, involuntaria y no voluntaria y demás elementos presentes en la práctica ancestral (Kushe, 2000). Finalmente, es en el siglo XXI que la eutanasia hizo su aparición como tema de estudio y de investigación en las ciencias sociales, dado el gran impacto que trajo la preocupación judicial por su práctica. Anclándose en esta información es que en la actualidad toma sentido este documento, porque con el paso del tiempo en la humanidad, se le ha dotado e investido de elementos sociales, culturales, religiosos y políticos, los cuales, han cargado al concepto con interpretaciones dicotómicas, entre ser positiva (al ser compasiva y benévola contra el sufrimiento) y ser negativa (por atentar contra la humanidad y al ser utilizada como una justificación para atentar contra grupos sociales).

El breve recorrido demuestra que la eutanasia es un tema coyuntural que se ha visto relacionado con la vida, con la muerte y con la sociedad, pero también, da cuenta de que es un concepto que suscita respuestas y posturas de parte de los seres humanos, lo que motiva el siguiente interrogante ¿Cuál ha sido la concepción de esta práctica para Colombia? O más importante aún ¿Qué piensan los médicos actuales sobre la eutanasia- considerando que legalmente tienen la autorización e inclusive protocolos guías para aplicarla?

Eutanasia en Colombia: Despenalización, tutela y regulación

La eutanasia ha tenido una trayectoria particular en Colombia, pues se han dado circunstancias e hitos que han promovido tanto la despenalización, como la aprobación y consecuentemente, la regulación de su práctica. En adelante se presentará una línea histórica creada con base en la investigación sobre la eutanasia en el país, que contiene principalmente un contexto tanto social como jurídico de cada hito o momento histórico retomado.



Cuadro1: Elaboración a partir de fuente propia.

El primer hito. *Más allá de la norma: La preocupación por la muerte* describe la presencia de la eutanasia desde el siglo pasado, apareciendo en la constitución y siendo mencionada como el homicidio piadoso. El segundo hito. *Necesidad de una ley: El caso de la señora Julia* expone los inicios y el caso explícito de una persona que interpuso una tutela porque no se le autorizaba la eutanasia, denotando con esto que Colombia necesitaba urgentemente una regulación. El tercer hito. *Finalmente, una regulación: La resolución 1216 de 2015* que retoma el documento creado por el Ministerio de Salud en el que se establecen los lineamientos, procedimientos y actores que deben tomarse en cuenta para la aplicación de la eutanasia. El cuarto hito. *Lo que no sale en el papel: Sentencia T-423 de 2017*; que retoma las limitaciones que posee la eutanasia, al reanudar el caso de un paciente que padeció conflictos con la EPS y la IPS para poder fallecer mediante la eutanasia. Finalmente, el quinto hito. *El estado actual de la eutanasia en Colombia: el enemigo de la eutanasia ¿La objeción de*

conciencia? en el que se exhibe una situación cotidiana en el ejercicio de la eutanasia como lo es la constante objeción de conciencia que, informan, presentan algunos médicos frente a la eutanasia.

Primer hito. Más allá de la norma

¿Cuándo apareció el concepto -tan mencionado en este documento- en el país colombiano? En el siglo XX apareció jurídicamente en el código penal de 1936 bajo el artículo 364 de la constitución política del mismo año, en el que se reglamenta que la eutanasia (u homicidio por piedad) se define como un acto “Por piedad con el fin de acelerar una muerte inminente o de poner fin a graves padecimientos o lesiones corporales, reputados incurables, podrá atenuarse excepcionalmente la pena, cambiarse el presidio por prisión o arresto y aun aplicarse el perdón judicial”. (López, 1981, p. 197).

Sorprendentemente, con todas las argumentaciones y discusiones actuales a favor de la vida, llama la atención la compasión con la que la Colombia de ese momento concebía a la eutanasia, pues inclusive se le podía condonar la pena bajo el “perdón judicial” si se comprobaba que las razones del culpable eran piadosas.

Esta actitud pietista- es decir, de naturaleza piadosa y caritativa- permaneció inclusive durante la actualización del código penal, pues el artículo 326 reglamentó el homicidio por piedad, que establece que "El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable incurrirá a prisión de seis meses a tres años (Corte Constitucional, sala plena, artículo 326, 1936). Revisando con lupa este artículo, se destaca que en esta nueva interpretación se debía diferenciar a quien “*matase a otro por piedad*” del homicida común, razón por la que el Estado Colombiano dictaminó que este debía sentir un "dolor moral ante el sufrimiento ajeno y vivir un estado afectivo de conmoción y alteración anímica profunda".

¿Cómo se realizaba tal distinción? Tenía que ver con la justificación sobre por qué se obró con compasión y no más bien, con sentimientos más negativos. Profundizando en este tipo de "homicidio pietista", resulta que este se funda sobre supuestos fundamentales como lo son: A. La existencia de lesión corporal o de enfermedad, B. La gravedad y la incurabilidad de la enfermedad, C. los intensos sufrimientos en el enfermo o lesionado que se obre por piedad, y, finalmente, D. el hecho de que no se requiera el consentimiento de la víctima.

Continuando, en Colombia se despenalizó el homicidio por piedad desde 1997. Ocurrió tras la demanda de un ciudadano llamado José Eurípides Parra, quien demandó el artículo 326 ante la Corte Constitucional porque consideraba que el *homicidio por piedad* debía ser castigado como se castiga cualquier homicidio, es decir, con diez años de cárcel. El ciudadano alegó que una persona con problemas de salud, sin importar si fueran graves o no, tenía el derecho a la vida, dado que este derecho es inviolable, y que el tomar la decisión de terminarla

no debía recaer en otras manos, así éstas tuvieran un pensamiento altruista. Los resultados no fueron satisfactorios para José Eurípides porque la Corte falló en contra de su demanda declarando:

1. Que el artículo 326 es exequible “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 está justificada”. En otras palabras, la corte eximió a los médicos de cualquier pena si realizaban un homicidio por piedad, siempre y cuando, se cumplieran los requisitos de dicha sentencia, los cuales son: Primero, que el sujeto del procedimiento fuera un enfermo terminal; segundo, que estuviera bajo intenso sufrimiento o dolor; tercero, que el sujeto hubiera solicitado, de manera libre y en uso pleno de sus facultades mentales, la realización del procedimiento; y, cuarto, que dicho procedimiento lo realizara una persona calificada, es decir, un médico. (Díaz, 2017, p. 129).
2. Que se exhorta al congreso para que, en el menor tiempo posible conforme a los principios constitucionales y a elementales consideraciones de humanidad, se regule el tema de la muerte digna. (CC, 1997; Sánchez Torres, 1997, p 23)

Esta respuesta asombró al país, pues la justificación recayó en que el Estado no debía ser indiferente a la vida humana sino que, al tener el deber de protegerla, fomenta la necesidad de que se “Establezcan regulaciones legales muy estrictas sobre la manera como debe prestarse el consentimiento y la ayuda a morir, para evitar que en nombre del homicidio pietístico, consentido, se elimine a personas que quieren seguir viviendo, o que no sufren de intensos dolores producto de enfermedad terminal. (CC, 1997; Sánchez Torres, 1997, p 23)

Despenalizar se traduce en dejar de tipificar y penalizar como delito una conducta- en este caso, la aplicación de la eutanasia- lo que significa que las instancias médicas no deben enfrentar un proceso judicial. Sin embargo ¿Bajo qué procedimientos se puede otorgar la muerte a otro ser humano? ¿Cuál debe ser el protocolo estructural y universal que deben seguir los médicos para cumplir el acto? ¿Cuáles deben ser los medicamentos?

Pese a que la Corte Constitucional exhortó al congreso para que regulara la muerte digna, lo cierto es que pasaron años sin que hubiera una regulación. Para el reconocido médico y filósofo Eduardo Díaz Amado, la eutanasia permaneció en una zona gris “Despenalizada por la Corte Constitucional, pero sin marco legal adecuado que la regulara” (Díaz,2017,p.132).

La trayectoria de la eutanasia no se detuvo. En el 2006 el Senador Armando Benedetti presentó ante el congreso el proyecto de Ley Estatutaria 100. Este proyecto tuvo por objetivo reglamentar las prácticas de la eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia.

1. Descripción frente a las definiciones de la eutanasia, los actores responsables de esta, las condiciones y procedimiento de cuidado.

2. Registro médico eutanásico.
3. Creación de una comisión nacional de evaluación y control posterior de procedimientos eutanásicos y suicidio asistido.
4. Creación de las disposiciones especiales y la legislación extranjera.

Pese a su ambición, el líder del proyecto lo retiró antes de que pudiera pasar por el primero de los cuatro debates reglamentarios, debido a que pretendía realizar modificaciones, presentándolo cuatro años después recalando que el tema le parecía de suma importancia (Cardona, Cabal & Álvarez, 2010, p. 70). Lastimosamente, su proyecto fue rechazado este año y los que le siguieron en el 2012 y 2013 (Política, 2013).

Al lector le cuestiono ¿Sabe cuántos proyectos de ley se propusieron para reglamentar la eutanasia?: siete. Desde el 2004 hasta el 2015 se demostró que en el país había un interés y preocupación por regular el tema, dado que se presentaron proyectos de ley ordinaria y estatutaria que pretendían generar protocolos y regulación. ¿Cuántos pasaron los debates? Aparentemente, ninguno. Aunque se destaca que sirvieron como referencia para resoluciones futuras.

Segundo hito. Necesidad de una ley: El caso de la señora Julia.

Para el 2013 otro hito marcó la historia de la eutanasia: el reconocimiento mediático de la carencia jurídica y estatutaria que posee el país frente a la regulación de la eutanasia.

El caso de la señora Julia es expuesto retomando la ley bajo la cual tiene antecedentes, comienza cuando el 5 de julio de 2013 la señora Julia interpone una acción de tutela en contra de la institución Coomeva EPS alegando que la institución vulneró sus derechos fundamentales a *vivir y morir dignamente*.

Contextualizando el caso, a la señora Julia le diagnosticaron cáncer terminal en el 2008, enfermedad que progresó, haciendo metástasis en los años precedentes, razón por la que fue sometida a una intervención quirúrgica que contenía sesiones de quimioterapia. Pese a la intervención, en el 2010 la enfermedad progresa y el médico tratante dispuso que Julia debía recibir una serie de tratamientos que incluía otros ciclos de quimioterapia. Sin embargo, en el 2012 la señora Julia expuso su *voluntad* de no recibir más ciclos de quimioterapia pues estos le generan dolor, náuseas, vómito y demás efectos secundarios que le impedían continuar con su vida cotidiana.

Pese al tratamiento e intervenciones, el médico tratante reveló que la enfermedad se encontraba en un estado de progresión tal que había deteriorado su estado funcional y calidad de vida, razón por la que se le dictaminó tener el soporte de cuidados paliativos, continuando con otros procesos y tratamientos médicos.

La señora Julia interpuso una demanda debido a que solicitó en diversas oportunidades que le practicaran el procedimiento de la eutanasia, sin embargo, confesó que el médico le comentaba que la eutanasia era un homicidio que no podía consentir. En su demanda, Julia especificó que el juez debía ordenar a la entidad a adelantar los procedimientos y gestiones necesarias que respondieran a su solicitud con el fin de que pusieran fin a sus dolores y sufrimiento, sin que estos se cumplieran. Finalmente, la demandante falleció mientras se realizaba el proceso de la tutela, sin embargo, la corte tomó su caso como un precedente que denotaba un vacío jurídico frente a la reglamentación, guía y modos de hacer de los médicos para proporcionar la eutanasia.

El caso de la señora Julia se construyó puesto que, pese a que la demandante falleció esperando recibir la atención solicitada, la Corte Constitucional decidió prestar atención a dicha tutela considerándola relevante para el país. En efecto, la corte resolvió la sentencia T-970 del 15 de diciembre de 2014, bajo la cual siguen afirmando que el derecho a morir dignamente es un derecho fundamental que debe tener legislación.

Esta sentencia, primordial para la práctica de la eutanasia, resuelve dos obligaciones a tomar fundamentales:

1. Ordenar al Ministerio de Salud que, en el término de 30 días, contados a partir de la comunicación de esta providencia, emita una directriz y disponga todo lo necesario para que los Hospitales, Clínicas, IPS, EPS y, en general, prestadores del servicio de salud, conformen el comité interdisciplinario del que trata esta sentencia y cumplan con las obligaciones emitidas en esta decisión. De igual manera, el Ministerio deberá sugerir a los médicos un protocolo médico que será discutido por expertos de distintas disciplinas y que servirá como referente para los procedimientos tendientes a garantizar el derecho a morir dignamente. (Corte Constitucional, sala plena, sentencia T-970, 2014).
2. Exhortar al Congreso de la República a que proceda a regular el derecho fundamental a morir dignamente, tomando en consideración los presupuestos y criterios establecidos en esta providencia.” (Corte Constitucional, sala plena, sentencia T-970, 2014).

Tercer hito. La resolución 1216 de 2015.

Después de dieciocho años finalmente se expide un documento que plantee un protocolo y procedimientos a seguir en temas de muerte digna, específicamente, en el caso de la eutanasia. El 20 de abril del 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social expide la resolución 1216 de 2015 bajo la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la sentencia T-970 de 2014 en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad.

En el primer capítulo de la resolución se imparten las directrices para 1. la conformación de los Comités Científico-Interdisciplinarios; 2. la definición del concepto enfermo en fase terminal; 3. los criterios de garantía del derecho fundamental y el derecho a cuidados paliativos.

En el segundo capítulo se define 1. Los miembros que deben conformar los comités: Un médico de especialidad de la patología que padece el paciente, un abogado y un psiquiatra o psicólogo clínico designados por la IPS respectiva. 2. Las funciones y las sesiones de los miembros del comité, pacientes e instituciones como las IPS y EPS.

El tercer capítulo establece el procedimiento para cumplir con el derecho a morir con dignidad, señalando que 1. Debe haber una solicitud de parte del paciente en la cual se exprese el consentimiento para que se le practique la eutanasia. 2. Debe haber un procedimiento y trámite hacia donde se debe dirigir la documentación. 3. Se explica la capacidad que posee el paciente para desistir a que le practiquen el procedimiento, y, finalmente, 4. El establecimiento de los términos bajo los cual el médico encargado de la intervención puede predicar la objeción de conciencia.

El capítulo cuarto retoma que la resolución entrará en vigencia cuando se publique, con el cual se origina el *Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia*, un documento publicado por el Ministerio de Salud en colaboración con la Universidad Nacional de Colombia, la Universidad de Antioquia y la Fundación Meditech.

Después de la resolución: Complicaciones

Dieciocho años después de su despenalización y unos meses después de que el Ministerio de Salud cumpliera con las órdenes de la sentencia T-970/14 ocurrió un hecho que volvió a ubicar a la eutanasia en el ojo político del huracán: la negación de la solicitud de morir dignamente de parte de Clínica Oncólogos de Occidente al zapatero José Ovidio González, el padre de un reconocido caricaturista colombiano.

El hecho que más impactó de este caso fue la cancelación del procedimiento minutos antes de que este comenzara, razón por la que el paciente comenta ante una entrevista *"Yo tan viejo que estoy y me dan dolores que me desesperan que no sé qué hacer. Esto no es digno (...). No aguanto ni quiero más cosas, no quiero más tortura"* (Comercio, 2015, párr. 4). Esta postura es la misma que los familiares defienden, al respecto, su hijo Julio César González comentó

Esto no es tema religioso, esto va más allá del credo de las personas. Esto es de derecho y el derecho dice que una persona que tiene fe y quiere ir hasta las últimas consecuencias y padecer con

dolor, lo puede hacer, o como mi papá, que no quiere ir hasta el fondo del dolor (Nación, 2015, párr.8).

El principal argumento del hijo del paciente fue que la sentencia C-239 de 1997 resuelve, cuando señala que la muerte digna también es un derecho fundamental, y que, al cancelar el proceso de eutanasia, se están vulnerando sus derechos. Diversos medios de comunicación ubicaron al médico cabecera del proceso Juan Paulo Cardona como el encargado de dicha cancelación, y a partir de esto, muchos inconformes opinaron frente a la situación, denunciando al médico y su actitud frente al caso.

A través de una entrevista realizada por el periódico El Tiempo, el médico atestigua que está a favor de la eutanasia, llegando a ser parte de la *Fundación Pro Derecho a Morir con Dignidad de Caldas*, razón por la que desea que se cumpla el proceso de morir dignamente de José Ovidio González. Frente al caso, considera que hubo una malinterpretación de parte de los medios y del país frente a su papel. En efecto, el entrevistado señala que la decisión de cancelar el procedimiento no fue suya, sino que fue del Comité de muerte digna, debido a que había irregularidades frente a uno de los requisitos para que se acepte la solicitud de la eutanasia, como lo es que el paciente padezca un sufrimiento que no le permita seguir con una vida digna (Fernández, 2015).

Después de afirmar el malentendido, el médico comenta que la situación de la eutanasia en el país no se ha solucionado, pues señala que los médicos "Tenemos que ser rigurosos frente a una ley que es ambigua. Aquí no hay experiencia en eso. Nadie sabe cómo actuar, no hay jurisprudencia y todos podemos quedar expuestos si las cosas no se hacen como deben ser" (Fernández, 2015, párr. 9).

Frente a este caso cabe resaltar que dio cuenta de cómo son las prácticas cotidianas de la eutanasia, pues el paciente pudo presentar su solicitud de eutanasia, se la recibieron, se realizó un comité de trabajo para el caso, y, aunque hubo una cancelación, posteriormente sí se aplicó la eutanasia.

Con el caso expuesto surgen más preguntas que respuestas, es decir, ¿Ley ambigua? Y ¿La práctica de la aplicación de la eutanasia es básicamente, inexistente? Esto es cierto, pero en este caso, el panorama que rodeó a la eutanasia después de la muerte de José Ovidio González tuvo un apogeo con otro caso que reveló más sobre la cotidianidad de la práctica de la eutanasia: complicaciones y problemáticas.

Cuarto hito. Sentencia T-423 de 2017

Este documento está lleno de casos y tutelas, porque en el siguiente caso que se expondrá fue un aliciente para que en el año 2017 se creará la sentencia T-423/17 que reafirma el *deber* de cumplimiento que tienen las instituciones de la salud frente a la solicitud de morir

dignamente de los pacientes. De hecho, la creación de esta sentencia da cuenta de las limitaciones tanto administrativas, como estructurales y de personal (en relación con la presentación de objeción de conciencia de los médicos), que está enfrentando la práctica de la eutanasia en Colombia.

El caso presentado se titula *El caso de Sofía*, tiene como fuente la sentencia T-423 de 2017, en el cual, los nombres de los protagonistas fueron cambiados con el fin de proteger la intimidad, por esto, se mencionará a Adriana como la demandante y madre de Sofía, a Luis como el médico tratante y finalmente a Sofía, como la paciente.

El caso de Sofía comenzó cuando en el 2016 le detectaron un tumor neuroectodérmico primitivo, por lo que fue remitida al Hospital San Ignacio de Bogotá, donde fue diagnosticada con un cáncer agresivo en etapa terminal. Pese a que fue llevada a Estados Unidos para recuperación, se le informó que tenía poca probabilidad de vida. En marzo y julio de 2016 se le realizaron seis sesiones de quimioterapia en el hospital mencionado sin obtener resultados positivos. Para agosto su hija decidió no continuar con el tratamiento debido a que " no se veía recuperación y además le causaba intensa astenia, adinamia, cefalea, náuseas y vómito". Después de esto residió en su casa siendo atendida por el doctor Luis, médico internista del Hospital San Vicente de Arauca. La enfermedad se tornó más agresiva, razón por la que Sofía decidió solicitar al médico que le practicara la eutanasia en incontables oportunidades, siendo rechazada por el galeno quien manifestó que no realizaría tal procedimiento.

Para octubre Adriana y Sofía presentaron una solicitud por escrito al Gerente del Hospital San Vicente de Arauca para que se autorizara el mencionado procedimiento, recibiendo como respuesta que

“De conformidad con lo establecido en el artículo 5[3] de la Resolución 1216 de 2015[4] del Ministerio de Salud y Protección Social la entidad no estaba en la obligación de llevarlo a cabo, por cuanto no cuenta con un médico especialista en oncología que permita conformar un Comité Científico Interdisciplinario decidiendo al final del mismo año que prefería morir. Cuando ella y su madre le hicieron esa solicitud al Hospital San Vicente de Arauca se encontraron con toda clase de trabas administrativas: en el departamento no existía la infraestructura necesaria para realizar el procedimiento, ni un comité técnico que pudiera cumplir con la eutanasia. Además, tres anestesiólogos se declararon objetores de conciencia, y la Nueva EPS –entidad a la que estaba afiliada– no obró con celeridad porque nunca había realizado una muerte asistida” (Duque, 2017, párr. 4). Las citas extensas van en párrafo aparte

Madre e hija decidieron presentar una tutela contra el establecimiento, siendo que transcurrieron más de ocho días sin que el hospital informara de la situación a la Nueva EPS para que dicha entidad prestara el servicio requerido. La sentencia no logró el cometido puesto que Sofía en lugar de fallecer a través de la eutanasia, falleció por su enfermedad.

Una posición que refleja este caso es la de la directora de la Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente (DMD) Carmenza Ochoa, quién declara que “Los pacientes mueren en medio de un gran sufrimiento y con una gran frustración personal frente al Estado, que les ha dicho que tienen derecho a morir dignamente pero no les deja ejercerlo” (Duque, 2017, párr. 12).

Quinto hito. El estado actual de la eutanasia en Colombia: Objeción de Conciencia

¿Por qué no se permite ejercer el derecho a morir dignamente? Para la directora de la fundación (DMD), hay una causa que debe ser mencionada- y que como pista aparece en el subtítulo- pues aclara: “Una de las primeras dificultades que sortean los enfermos terminales es que los médicos que los tratan se declaran objetores de conciencia para no realizar el proceso” (Duque, 2017, párr. 19).

¿Sabe qué es la objeción de conciencia? ¿Sabe que, si bien el paciente tiene la potestad de escoger al médico que le va a atender y también el tratamiento, lo cierto es que, de alguna forma, el médico también posee dicha potestad?

Tomando en cuenta la conceptualización de Martínez (2007) se puede entender por objeción de conciencia “La negativa a cumplir un mandato de la autoridad o una norma jurídica, invocando la existencia, en el ámbito de la conciencia, de un imperativo filosófico-moral o religioso que prohíbe, impide o dificulta dicho cumplimiento” (p. 216). En otras palabras, objetar conciencia se define como negarse a realizar o permitir un acto porque éste atenta contra los principios morales y las creencias de una persona.

En Colombia el artículo 18 de la Constitución Política de Colombia decreta: “Se garantiza la libertad de conciencia. Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas ni obligado a actuar contra su conciencia.” Así que la respuesta es todos los colombianos pueden hacer objeción de conciencia.

¿Por qué se trae a colación la objeción de conciencia? Porque en otra entrevista, la misma directora destaca que los pacientes terminales que piden el procedimiento se están encontrando con dificultades para que se cumpla lo determinado por la Corte Constitucional porque “Su médico tratante hace objeción de conciencia y el Comité de Muerte Digna de la EPS no encuentra, dentro de su equipo, un médico que la haga”. (Jules, 2018, párr. 2).

El interrogante que se plantea es ¿cuál es la problemática? Desde la reglamentación de la eutanasia en el 2015 según las estadísticas del 2018 extraídas con base en el artículo del periódico RCN Radio, se le aplicó la eutanasia a 36 personas, siendo que hay un número más alto de solicitantes, puesto que alrededor de 40 personas en el país "Permanecen a la espera de encontrar un médico que les practiquen el procedimiento pues quienes laboran con la EPS, declaran objeción de conciencia y se niegan a realizarlo." (Jules, 2018, párr. 2).

Es decir, si un médico se niega a practicar la eutanasia por objeción de conciencia, ¿qué ocurre? Se sigue buscando hasta encontrar a un médico que no presente dicha objeción, en lo que pueden ser días o incluso semanas. ¿Y si no se encuentra a algún médico en dicho hospital? Infiero que la respuesta debe ser la misma que la respuesta que suscitó la sentencia del caso de Sofía, que declaraba que debía hacerse una redirección a la EPS para que esta encontrará otra institución en la que sí se pueda cumplir con la solicitud.

¿Y si además de la movilización hacia otra institución médica -sin pensar en el estado de salud del paciente por el momento- persiste la objeción de conciencia? ¿Debería trasladarse a otra ciudad, como fue el caso de Sofía, quien tuvo que ir en helicóptero a un hospital que si la pudiera ayudar? ¿Debería entonces, regularse el tema de la objeción de conciencia?

Aunque la última pregunta es álgida, ya se ha hecho con anterioridad. De hecho, la reconocida política del Partido Liberal Viviane Morales presentó un proyecto de ley cuyo fin es reglamentar la objeción de conciencia en temas tan espinosos como el servicio militar, los servicios de salud y asuntos religiosos (Redacción política, 2015). ¿Cuál es la razón detrás de este hecho? La senadora destaca que “se encamina a dar respuesta a este desafío planteado por el desarrollo democrático de los derechos humanos, que puede implicar el enfrentamiento entre los derechos que reconoce el Estado a los ciudadanos y el derecho de los ciudadanos frente al Estado de actuar de acuerdo a su conciencia” (Redacción política, 2015). Con lo anterior, queda claro que el tema de la objeción de conciencia parece que quiere pasar a otras instancias, así que la importancia de este tema también debe ser de cuidado.

Continuando con diversas posturas sobre la objeción de conciencia y por qué es (o no) la enemiga de la eutanasia, el ex presidente de la Academia Nacional de Medicina, Fernando Sánchez Torres, asegura que “la objeción de conciencia es un derecho del médico, eso está dentro de su autonomía, de tal manera que no todos los médicos practican la eutanasia y hay que respetarlo” (Jules, 2018, parr. 3).

Marco Teórico: Teoría de las Representaciones Sociales

Con el contexto mencionado, esta investigación partió con el interrogante de ¿cuáles son esos valores, creencias, opiniones, pequeñas o grandes historias que incitan a que un médico determine objetar conciencia ante la petición de que se aplique la eutanasia? Porque el acto de objetar conciencia, dicho entre líneas, está declarando que la aplicación de la eutanasia -sea por el concepto mismo, por el protocolo de aplicación que existe en Colombia, o por alguna razón aún desconocida- genera tensiones personales para el médico; y su necesidad de objetar conciencia tiene que ver con resolver el conflicto. En este sentido, el hecho de que los médicos se apoyen en el artículo 18 de la Constitución Política en el que “Se garantiza la libertad de conciencia. Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas ni obligado a actuar contra su conciencia,” no solo está apuntando a una objeción individual, sino a una colectiva no generalizable para todos los galenos, pero si para una gran mayoría -como se evidenció en el capítulo anterior.

Aunque la contextualización sobre la eutanasia y la objeción de conciencia es un aspecto que ha impactado en Colombia-a tal punto de tener que generar resoluciones y leyes relacionadas- la pregunta con la que inicio este capítulo contiene un trasfondo por conocer con qué se está vinculando a la eutanasia en la actualidad colombiana, principalmente, por los imaginarios o percepciones que existen del concepto, así como los elementos que están detrás de la consecución e instauración de esos imaginarios o percepciones. Profundizando en esto, retomo una teoría ampliamente reconocida en las ciencias sociales como lo es la teoría de las Representaciones Sociales, creada por el psicólogo social Serge Moscovici desde la

publicación de su libro llamado "El psicoanálisis, su imagen y su público" en 1961. En este capítulo expondré el contenido de esta teoría, centrándome en su concepto principal de Representaciones sociales, en adelante RS, ahondando en las funciones y conceptualizaciones posteriores del concepto que han creado autores fundamentales de esta teoría.

El objetivo de trabajar bajo la teoría de las Representaciones Sociales recae en que, retoma dos de los aspectos primordiales en las ciencias sociales como lo son lo individual y lo social, tomando ambos aspectos en conjunto, denotando que, como seres humanos, individuales en nuestra cognición, personalidad, motivaciones, etc., nos encontramos en un entorno social que nos permea y en el cual también intervenimos en igual medida. A esta visión, innovadora en su momento, también se le añade que contempla como objeto de estudio un tema trascendental para el propósito de este documento: el sentido común. Este concepto se vincula con aquello colectivo y universal a los seres humanos, con un conocimiento o saber que nos permite acceder a la realidad, interactuar con ella, impactar y dotarla de un sentido. En esta vía, se conecta el objetivo de esta investigación debido a que se enfoca en conocer los imaginarios, opiniones, perspectivas y vinculaciones que establecen los médicos frente a la eutanasia, enfocándome en aquello común, universal (social) que puede aparecer en sus discursos, así como aquello particular (individual) que con sus propias experiencias han construido.

En otras palabras, la dinámica de lo individual y lo social juega un papel primordial en reconocer cómo es que los médicos conciben, perciben y generan sus propias opiniones frente a un tema que política y socialmente es coyuntural. Por lo anterior, la teoría mencionada abordará en adelante, principalmente los conceptos de Representación Social y de sentido común, como elementos constituyentes, que hacen parte de nuestro proceso como seres humanos de pertenecer a una sociedad y de impactar en ella.

Retratando la década del sesenta en el que surge esta teoría se debe recalcar el contexto sociopolítico de transformaciones radicales generadas por la instauración de movimientos políticos y sociales en torno a problemáticas como las relaciones de género, el medio ambiente, la etnicidad, la migración, la paz, los derechos universales, entre otros (Della, 2011). Este contexto también impactó en el mundo académico de las ciencias sociales en el que se encontraba Serge Moscovici, en el cual aparecieron nuevas exigencias y discusiones académicas que pretendían comprender e impactar en dicho entorno, estableciendo un reto exigente para las ciencias sociales que debían brindar perspectivas explicativas ante la vorágine social que se vivía.

Las Representaciones sociales - o RS- son un concepto que se ha transformado y redefinido constantemente, bajo nuevos criterios, variables y consideraciones. Una primera definición la retomo de Piña y Cuevas (2004), quienes conciben a la RS como un conjunto de ideas, saberes y conocimientos comunes que permiten que cada persona comprenda, interprete y actúe en su realidad inmediata. Estos autores recalcan que los saberes e ideas mencionadas forman parte del conocimiento del sentido común, el cual puede abstraerse como un sistema de códigos al que todos accedemos para comprender la realidad. Debido al sentido común, las RS funcionan como un elemento circundante para que los seres humanos organicen, estructuren

y le den sentido a su vida cotidiana; brindando un abanico de conocimiento práctico para comprender una situación, acontecimiento o idea, y con esto, actuar frente a este. Personalmente, la primera aproximación que concebí fue la de comprender el concepto como un conjunto de elementos psicológicos y sociales que proveen a un individuo de diversos tipos de conocimientos frente a la realidad, permitiéndole abstraerla, conocerla e impactar en ella.

Las influencias en la construcción de las RS

Serge Moscovici construyó el reconocido concepto de RS teniendo como fuertes influencias la etnopsicología del psicólogo Wilhelm Wundt; el interaccionismo simbólico del sociólogo y psicólogo George Herbert Mead; y el concepto de Representaciones Colectivas del padre de la sociología, Emile Durkheim.

En el reconocido laboratorio de Leipzig en Alemania, comenta Mora (2002), Wundt pretendía construir modelos de explicación a fenómenos que no se respondían en el laboratorio. En efecto, en sus intereses se resalta la creación de una psicología experimental, de una metafísica científica y de una psicología social o etnopsicología, que se enfocará en aspectos como el lenguaje, la educación, la comunicación y la cultura, a partir del estudio de la comunicación de los gestos en primates, la cual vinculó con el ser humano, destacando de este, su capacidad para crear un lenguaje, y más importante aún, de tener la capacidad para imaginar y crear (Builes & Norelly-Vasco, 2008).

El enfoque por lo social y cultural de Wundt llegó a impactar en diversos intelectuales, siendo uno de ellos George Hebert Mead, quien tuvo una apuesta por lo psicológico y lo cultural, puesto que se propuso "Comprender la sociedad a partir de los procesos comunicativos relacionados con la construcción de símbolos que hacen posible los encuentros sociales" (Henaó, 2010, p. 61). Bajo la perspectiva teórica del interaccionismo simbólico, Mead pretende representar y comprender cómo los seres humanos crean y asignan significados al mundo, los cuales, como se recalzó, son los que permiten que las interacciones sociales se den.

Una última influencia para este concepto es el de Emile Durkheim, quien estableció dos tipos de representaciones: las colectivas y las individuales. Mora (2002) destaca que las representaciones colectivas son las que "trascienden a los individuos como una fuerza coactiva y que puede ser visualizada en los mitos, la religión, las creencias y demás productos culturales colectivos" (p.6). En efecto, para este autor, era la sociología la que debía enfocarse en las representaciones colectivas, mientras que la psicología debía encargarse de las representaciones individuales. Mora (2002) destaca que pasaron décadas para que Moscovici retomara los planteamientos de estas tres influencias y desarrollara una teoría del sentido común.

El sentido común

El sentido común es el componente principal y esencial de la teoría de las Representaciones Sociales. Villarroel (2007) destaca que, en efecto, las “Representaciones sociales son modalidades específicas de conocimiento del sentido común que se construyen en los intercambios de la vida cotidiana. Se trata de fenómenos producidos en forma colectiva y que ocurren en la intersección entre lo psicológico y lo social” (p. 434).

Moscovici (2000) destaca que “El sujeto epistémico reproduce, construye y reconstruye el conocimiento del sentido común a partir del repertorio cognoscitivo, simbólico y cultural que la sociedad pone a su disposición (p.249-251). En este sentido, es con esta reproducción, construcción y reconstrucción que el sujeto logra dotar de sentido la realidad social, transformando aquello extraño y desconocido en algo familiar, en algo reconocible. Para esta teoría, el sentido común es aquello colectivo, aquello que sirve para nuestros intercambios y acciones cotidianas, pues son un conjunto de conocimientos, creencias, imágenes comunes y colectivas que facilitan la comunicación entre los sujetos (Hollisch, 2014).

Lázaro (1994) destaca que al conocimiento que contienen las RS se le denomina el saber del sentido común, el saber ingenuo o el pensamiento natural, al cual se le ubica como contrapuesto al conocimiento científico. Para este autor, esta teoría comprende que las RS son "los conocimientos que una sociedad tiene y que funcionan a modo de teorías de sentido común sobre todos los aspectos de la vida y de la sociedad" (Lázaro, 1994, p. 411).

Complejizando, el saber del sentido común refiere a cómo los seres humanos comparten su vida cotidiana, dándole sentido a través de la experiencia y la comunicación (Palmonari 1998) debido a que contiene aspectos de la vida social, de los conflictos, de temas como experiencias de vida, el sentido común debe concebirse como un cuerpo de conocimientos que contiene en sí mismo las tradiciones, ritos y experiencias socializadas y antiguas, bajo la cual genera nombres, clasificaciones en categorías, teorías y experiencias comunes, las cuales son almacenadas en el lenguaje, experiencia y cuerpo de las personas de la sociedad (López, 2007). Retomando lo anterior, cuando se señala que estas tradiciones, ritos y experiencias se almacenan, se hace referencia a que pasan de generación en generación y se modifican, porque quedan en una especie de memoria colectiva, con imágenes y referencias - o lazos mentales- que contienen un carácter de evidencia irrefutable, “de consenso en relación con lo que todo el mundo conoce” (Moscovici y Hewstone 1993, P. 150) falta número de página).

Por tanto, es un cuerpo de conocimientos basado en tradiciones socializadas y enriquecido por miles de observaciones y de experiencias, en el que las cosas reciben nombres, los individuos son clasificados en categorías, se hacen conjeturas de forma espontánea durante la acción o la comunicación cotidianas. Todo esto es almacenado en el lenguaje, el espíritu y el cuerpo de los miembros de la sociedad. Esto otorga a dichas imágenes, a estos lazos mentales, un carácter de evidencia irrefutable, de consenso en relación con lo que todo el "mundo conoce"

¿Qué es lo que se transforma en sentido común?

Villaroel (2007) concluye

En otras palabras, la originalidad de las representaciones sociales reside en proponer que el sentido común —aquel que nos— se configura, en buena medida, a partir de los modelos y sistemas intelectuales desarrollados por la ciencia y diseminados en una sociedad o cultura dadas; esos sistemas científicos son, a su vez, remodelados o reconstruidos por medio de los intercambios entre sujetos y grupos sociales (p. 438).

Ahora bien, el conocimiento del sentido común se enlaza con lo social, porque de hecho es conocimiento que está socialmente elaborado, y que contiene contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos que tienen diversas funciones, no solo en ciertas orientaciones de las conductas de las personas en su vida cotidiana, sino también en las formas de organización y comunicación que poseen tanto en sus relaciones interindividuales como entre los grupos sociales en que se desarrollan (Umaña, 2002).

Definiciones de las Representaciones Sociales

Moscovici constituyó a las RS como un corpus organizado de conocimiento, y también un conjunto de sistemas cognoscitivos con una lógica y un lenguaje propio (Farr, 1983, p. 655); los cuales no son únicamente “opiniones acerca de, imágenes de o actitudes hacia, sino que también son teorías, sistemas de valores, ideas y prácticas que cada persona construye” (Farr, 1983, p. 655). Para este autor, el ser humano se construye en sociedad y es en este sentido que ese corpus organizado de conocimiento toma sentido y le permite construir dichas opiniones, imágenes, actitudes, teorías, valores y prácticas que entran en conjunto con otras construcciones de diversos seres humanos; encontrándose o chocando en algunos casos, reeditándose o transformándose en otros.

De hecho, para este autor las RS tienen una función doble: “Primero, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo material y social y dominarlo” (Farr, 1983, p. 655), lo que en otras palabras se traduce a que son las RS las que ayudan a que el individuo, en su individualidad pueda entrar en contacto con la sociedad, e interactuar con esta. Y finalmente, su segunda función es “Posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal (Farr, 1983, p. 655). Es decir, en el momento en el que el individuo entra en contacto con lo social, su carta de presentación y de comunicación son las RS, las cuales, funcionan como código que todos conocen y comparten.

¿Cómo se crea ese código? ¿Cómo se comparte? La psicóloga social Denise Jodelet (1986) introduce el término “conocimiento social” al especificar que las representaciones son maneras de interpretar y pensar la realidad cotidiana que han sido elaboradas en conjunto con esa misma realidad (Jodelet, 1986, p. 474). Así pues, es de carácter obligatorio que el ser humano, en este caso los médicos, hayan hecho parte de una realidad en la cual se elaboran conceptos que permiten pensarla e interpretarla; realidad como haber pertenecido a una familia, haber interactuado con vecinos, compañeros de colegio, haber ido a la universidad- en este caso- haber trabajado, etc. ¿Por qué? Porque únicamente cuando estamos en sociedad es que la conocemos, y cuando se está en sociedad se construyen las representaciones como aquello que pasa de generación en generación como ideas o conceptos del sentido común, como experiencias y lecciones de vida que el individuo re significa, pues para esta autora “ La representación que produce el individuo no es un duplicado de lo real o ideal del objeto, sino que esa representación es en sí misma un producto del proceso de interacción entre el sujeto y el objeto (...) la realidad” (Jodelet, 1986, p. 475).

Para ir aterrizando este concepto, lo relevante es comprender que son las RS las que nos permiten hacer parte de una sociedad, ya que como individuos nos comunicamos, socializamos e interactuamos con otras personas, con las cuales construimos representaciones de nuestra realidad como la idea de familia, de amor, de felicidad y demás elementos de la vida, que contrastamos o completamos con las mismas representaciones de otros individuos que también han interactuado y construido su realidad.

Otros autores han aportado a la complejización del concepto, y en esta trayectoria se encuentran Denise Jodelet (1986), María Auxiliadora Banchs (1982), Willem Doise (1999) y Robert Farr (1986). Deberían indicarse años de publicación y ponerse en referencias

Jodelet (1986) hace énfasis en el papel de lo social en el concepto, recalca el término “conocimiento social” al especificar que “las representaciones son maneras de interpretar y pensar la realidad cotidiana que han sido elaboradas en conjunto con esa misma (Jodelet, 1986, p. 474), además de subrayar el papel de lo social, concibe las representaciones sociales como “Una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social” (Jodelet, 1986, p. 474).

María Auxiliadora Banchs (1982) recalca una de las funciones de las RS como lo es la comunicación, comprendiendo que las representaciones sociales se constituyen como un concepto dialéctico que hace “Referencia a una organización psicológica compleja y difícil de definir. Son una especie de ciencia colectiva, de saber popular, una forma de conocimiento particular que vehicula la comunicación entre los miembros de un grupo y por extensión de una sociedad” (Banchs, 1982, p. 111). Además del carácter comunicativo, Banchs reafirma el carácter social de las representaciones, nombrándolo como un saber popular o colectivo que incluye a un individuo en contacto continuo con lo social, dado que tanto el saber cómo la comunicación colectiva implica a un individuo en un momento de la sociedad en el que un

saber se constituye de determinada forma por determinadas razones sociales, culturales, científicas o políticas.

Willem Doise (1999) menciona el carácter social del concepto, agregando que en las representaciones de los individuos subyace un elemento común que se comparte genéricamente, en este sentido, ese elemento se comprende “Principios organizadores de relaciones simbólicas entre individuos y grupos. Una primera hipótesis en la que se basa esta definición es que varios miembros de una población en estudio comparten puntos de vista comunes sobre una cuestión social dada.” (Doise, 1999, p. 2) Para este autor la comunicación entre individuos debe contener elementos en común que permitan una referenciación general de estos temas, elementos que caracterizan a la RS como una “Organización cognitiva común de las cuestiones en juego en un sistema dado de relaciones sociales” (Doise, 1999, p. 2).

Robert Farr (1986) aporta un aspecto fundamental del concepto anclado en esa doble función que se menciona, pues recalca el carácter de descubrimiento y de contacto del individuo con la realidad para conocer, cuando menciona que las RS poseen una doble función “Hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible, perceptible” (Farr, 1986, p. 503) en el sentido en el que aquello incierto y desconocido se presenta como una realidad aún no descubierta, con la que el ser humano entra en contacto y termina conociendo.

Para Martín Mora (2002) las RS son “Una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos” (p.7), modalidad que se caracteriza por ser un producto cultural, característica que toma de Moscovici, pues expone que es cultural “en el sentido que se estructura en torno a la estructura social compartida por el grupo y/o por la comunidad, que son creadas por las culturas” (Moscovici, 1993).

Dadas las variadas definiciones del concepto, esta tesis retoma la definición de Moscovici en conjunción con la anteriormente planteada, como un corpus organizado de conocimiento, y también como

Sistemas de valores, ideas y prácticas con una función doble: Primero, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo material y social y dominarlo; segundo, posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal (Farr, citado por Mora, 2003, p.7)

Esta definición delimita el concepto de las representaciones, dictaminando que no solo puede entenderse de una manera tan superficial como las opiniones o actitudes hacía, sino que debe entenderse de una manera más compleja que integre tanto los sistemas de valores, las prácticas, los saberes comunes y demás, en un conjunto de elementos que produzca teorías,

genere hipótesis y dialogue constantemente con la información, con el propósito de generar un conocimiento y organización de la realidad.

Por lo anterior, las representaciones deben ser concebidas como ese producto individual, que se alimenta de todo lo relacionado con el contexto sociocultural, como lo es la política, la economía, las ideologías etc. con el objetivo de permitirle al ser humano acercarse a la realidad e interactuar con todos los elementos que se constituyen en ella. En este sentido, las representaciones sociales logran abstraerse a partir de las creencias del sentido común, de los razonamientos, de las percepciones y posiciones éticas y morales que construyen los seres humanos a partir de la interacción con un otro que le genera respuestas, interrogantes, conocimiento, etc.

Construcción de las Representaciones Sociales

Al definir el concepto, surge una interrogante por cómo se construyen las representaciones sociales. Los autores mencionados en este documento señalan dos procesos para la elaboración y funcionamiento de una representación social: la objetivación y el anclaje.

De acuerdo con Álvarez (2002) la objetivación involucra tres fases. La primera corresponde a un proceso de selección que implica la simplificación, contextualización, traducción en imágenes y esquematización de la información que rodea al objeto (Rateau & Lo Monaco, 2013). La segunda fase implica el establecimiento de características fijas del objeto los cuales permiten representar al objeto, lo que en otras palabras sería crear el núcleo figurativo “Una construcción de imágenes coherente que reproduce el objeto de forma concreta y selectiva” (Rateau & Lo Monaco, 2013, pp. 29). Una tercera fase involucra la naturalización de esa representación, la cual se “cosifica” pues se transforma en un elemento o fenómeno.

El proceso de anclaje complementa el de objetivación, y si puede resumirse, sería un proceso de contextualización. Moscovici dirá que este proceso trata de “Volver familiar lo insólito e insólito lo familiar, cambiar el universo conservándolo como nuestro universo” (Moscovici, 1961, p. 58). Rateau & Lo Monaco (2013) expresan que este proceso “Da cuenta de la forma en la que el nuevo objeto va a encontrar su lugar en el sistema de pensamiento preexistente de los individuos y de los grupos” (p.13) puesto que será asimilado a estructuras o redes de categorías ya conocidas o familiares. Esto último es significativo puesto que el objeto se posicionará en cada red, y a partir de este posicionamiento, dará lugar a variadas interpretaciones.

Frente a las diversas posiciones que se tienen en relación al concepto, Umaña (2002) concluye que “persisten ciertos elementos clave entre cada uno, como lo son sus funciones, las cuales son la comunicación, la interacción y la presencia de los grupos sociales” (p.11).

Las funciones principales de las RS de acuerdo a Moscovici y Hewstone (citado por Álvarez, 2002) son describir, clasificar y explicar la realidad. Si se analizan estas funciones,

están enfocadas únicamente en el individuo, pues, aunque el ser humano esté en una relación constante con la sociedad, con la que interactúa, dialoga y retribuye conocimiento, es el individuo quien realiza estas acciones en función de categorías, conocimientos e información, que se han construido en sociedad. Entonces, estas primeras funciones serían intraindividuales dado que el individuo es quién las realiza.

Características de las Representaciones Sociales

Lázaro (1994) remarca que las RS se refieren a diversos fenómenos sociales, como imágenes que condensan significados, que funcionan como sistemas de referencia para interpretar realidades, así como categorías y teorías que permiten clasificar, describir e interpretar. Villarroel (2007) continúa con estas características al retomar a Jodelet (1986) quien destaca que las RS invariablemente representan un objeto, poseen carácter de imagen y la propiedad de intercambiar percepción, pensamiento y concepto; tiene una naturaleza simbólica y significativa, también posee propiedades constructivas, y, finalmente, están dotadas de un carácter autónomo e innovador.

Finalmente, una de las características- o funciones- de las RS que Moscovici destaca es el carácter comunicativo que esta contiene. Domínguez-Gutiérrez (2006) menciona la emergencia de las representaciones de acuerdo a tres niveles: la dispersión de la información, la focalización del sujeto individual y colectivo y la presión a la inferencia del objeto socialmente definido.

Primer nivel: la dispersión de la información concerniente al objeto representado y que son desigualmente accesibles según los grupos, dado que la información que cada persona posee nunca es suficiente y por lo regular está desorganizada. En este sentido, los datos que poseen las personas para responder a una interrogante, conformar una idea u opinión frente a un objeto en específico, son insuficientes y superabundantes (Mora, 2002).

Segundo nivel: la focalización sobre ciertos aspectos del objeto en función de los intereses y la implicación de los sujetos. En este sentido, las personas o colectividades tienden a focalizarse porque están implicadas en la interacción social como hechos que conmueven juicios u opiniones, puesto que tienden a ser llamativas

Tercer nivel: la presión a la inferencia debido a la necesidad de actuar, tomar posición u obtener el reconocimiento y la adhesión de los otros. Mora (2002) dirá que en este nivel "Socialmente se da una presión que reclama opiniones, posturas y acciones acerca de los hechos que están focalizados por el interés público" (p.9) puesto que "el propósito crucial es no quedar excluido del ámbito de las conversaciones sin poder realizar inferencias rápidas, opiniones al respecto y un discurso más o menos desarrollado"(Mora, 2002, p.9).

Ideología

Balduzzi (2010) destaca que en las RS aparece un término fundamental como lo es la ideología. Para esta autora, la ideología tiene que ver con la construcción de visión de mundo que posee una minoría. Complementando la postura, Lazzo (2002) menciona “Lo primero es que la representación forma parte del proceso ideológico, espera éste un componente indispensable, pero no único. Y en tanto componente de la ideología —para señalar lo segundo— hay una diferencia de dimensión entre ambas: la ideología tiende a ser una visión total, sistémica (el nacionalismo, por ejemplo)” (p. 46).

En otros términos, “la representación como forma de conocimiento y de pensamiento social, como obra del sentido común, estará presente en toda la aproximación de los fenómenos ideológicos, los cuales refieren directamente a un sistema o subsistema de representación” (Lozada, 1998:65)

La función de la ideología en las RS reside en que proveen una pauta de interpretación a las personas, una guía y dominio con el que pueden interpretar los hechos políticos, las ideas de conciencia social de sí mismo y de los otros (Lazzo, 2002). Lo anterior porque otra función de la ideología es la normativa, que le impulsa a adoptar posiciones, brindándole orientación para seguir con una conducta, valorando las autoridades e instituciones, dado que, “en consecuencia, la función normativa de la ideología le permite a los miembros de un grupo “organizar una multitud de creencias sociales acerca de lo que sucede, bueno o malo, correcto e incorrecto, según ellos y actuar en consecuencia” (Lazzo, 2002, p. 47)

Resultados

Este apartado contiene principalmente los resultados de las entrevistas semi estructuradas y el trabajo de campo enfocados en dos categorías de análisis: la representación social y los orígenes de la eutanasia debido a que son las categorías principales con las que se creó esta investigación, con las cuales, se pretende responder al objetivo general. En el siguiente apartado, se ubican las categorías de análisis restantes: rol del médico y dilemas morales y objeción de conciencia, las cuales, fueron categorías emergentes.

Se presentará un cuadro que condensa las respuestas a las categorías de manera concreta, sin embargo, más adelante se exhiben a profundidad las respuestas de las categorías, siendo que se citan fragmentos de las entrevistas en formato *cursiva* y desde el trabajo etnográfico, se añaden entradas del diario de campo en formato de subrayado con lo que se espera, se ofrezca una descripción de momentos puntuales del trabajo de campo que marcaron este documento.

Médicos	Categorías de análisis	
	Representación Social de la Eutanasia	Origen de RS de la Eutanasia
Dra. D	Es un procedimiento médico que ha sido vinculado con la muerte digna como sinónimo, siendo que no lo es. Está en contra de la Eutanasia y considera que no es la manera más digna de morir.	Es una persona religiosa, lo que le prohíbe estar a favor de la eutanasia. También cree que su deber es ayudar a las personas a que tengan calidad de vida, no una muerte.
Dr. N	Es un proceso médico que tiene ventajas y desventajas, pero no está a favor, aunque considera que hay casos donde si es necesario aplicar.	Expone una experiencia con la muerte de un familiar, y señala que con la eutanasia no hay un acompañamiento con el dolor y los cuidados como si lo tiene el cuidado paliativo.
Dra. S	Es una decisión triste y un derecho que tiene el ser humano cuando ha llegado a las últimas instancias de la enfermedad.	Expone la experiencia de enfermedad de un familiar en el que la muerte fue dolorosa.
Dra. L	Es una herramienta útil para responder al sufrimiento y al dolor, sin embargo, debe ser la última instancia, porque primero debe aplicarse el cuidado paliativo.	Ha sido primordial la educación familiar, donde le enseñan que la vida es sagrada; y la académica, dado que le preocupa el dolor y sufrimiento en las personas, reconociendo que la mejor opción es el cuidado paliativo.
Dra. Z	Es un proceso médico que se le ha adjudicado a la medicina como un deber, pero está enfocado únicamente en la muerte, y esto no es un enfoque que deba tener la medicina, sino	Destaca la experiencia de enfermedad y muerte de dos familiares a los que la medicina acompañó con el control del dolor y sufrimiento.

	por el contrario, en trabajar con el dolor y el sufrimiento.	
Dr. C	Debe ser un derecho para las personas y un procedimiento médico cotidiano normalizado, con el cual, pueda haber un acompañamiento familiar.	Expone una experiencia de enfermedad y muerte con dos familiares que le dejaron reflexionando.
Dra. P	Es un derecho que hay que hacer valer y está de acuerdo con su aplicación.	Ha transformado su percepción debido a que trabaja en el área de oncología donde el dolor y el sufrimiento de las personas le ha impactado.

Dra. D: Religiosidad, labor médica y cuidados paliativos.

“Yo no trabajo con la eutanasia.

En Colombia se ha igualado la eutanasia con la muerte digna, pero la eutanasia no es sinónimo de la muerte digna. Se puede morir dignamente con los cuidados paliativos, por ejemplo.” -Dra. M

Entrada de diario de campo

Las palabras leídas en este pequeño apartado pertenecen a la Dra. M, quien introduce este capítulo con la mención de un concepto en el que no he profundizado como lo es la muerte digna. La presenté de manera superficial en la metodología de este proyecto, y utilizó la palabra superficial porque no hay manera de conocer por completo a esta doctora solamente con esta presentación. Para que la conozcan un poco más, y pueda llegar a transmitirles todo lo que me transmitió, les comentaré sobre uno de nuestros encuentros, en el que me invitó a su hogar para poder conversar con tranquilidad, puesto que en los días de semana tiende a estar muy ocupada, y claramente, aunque me hubiera dado media hora de su tiempo, habría sido casi imposible obtener una perspectiva tan enriquecida en tan poco tiempo, siendo que en su hogar la entrevista duró más de dos horas.

La Dra. Des una mujer adulta, quien, con una voz suave y pensamientos muy veloces, se entretuvo comentándome de su jornada como médica; de sus trabajos en dos instituciones- siendo una de estas la clínica Imbanaco-; de su postura como médico; un poco de su infancia; de sus representaciones sobre la eutanasia y de muchos temas más.

En efecto, pese a que en la entrevista se comienza de entrada por la pregunta ¿qué piensa/opina sobre la eutanasia? La respuesta que brinda toma un recorrido con altos y bajos, con curvas bastante pronunciadas y con caminos empedrados antes de llegar a una concepción sobre la eutanasia. Al responder a la pregunta me mira a los ojos con astucia y me cuestiona

“¿Si sabes que soy paliativista? Llevo trabajando cinco años como paliativista. ¿Sabes qué son los cuidados paliativos?” Pese a que respondí afirmativamente a ambas preguntas, ella decidió explicarme durante bastante tiempo qué es la medicina paliativa y cuáles son sus características principales.

Desde esta, que fue mi primera entrevista, comienza a aparecer un invitado en mi investigación, un personaje que no había concebido bajo ninguna circunstancia pese a que había escuchado de él en las materias sobre bioética: los cuidados paliativos. Con la pasión latente en su mirada, la Dra. D explica que “*Son una alternativa para poder trabajar con la dignidad desde un enfoque de la calidad de vida, de reducir el sufrimiento, de trabajar sobre lo psicológico, sobre el alma, lo físico y lo espiritual*”.

Representación social

¿Y por qué, aunque se le preguntó por la eutanasia la entrevistada me llevó a los cuidados paliativos? Porque esta doctora se define como paliativista, cómo una médica que trabaja en el control del dolor y otros síntomas buscando que la persona pueda mejorar su calidad de vida ante las puertas de la muerte, para que así no tenga que aplicarse la muerte asistida. Definirse de esta manera, más aún porque entrevisté a otro médico paliativista que no tomó esta postura identitaria, se relaciona con su historia de vida, con sus valores y principios morales, pues como se comentará más adelante, ha habido alguien que la ha guiado por el camino de la medicina y de los cuidados paliativos: Dios.

“Antes era muy laxa, como nos decía antes una profesora, era muy “agua tibia”, porque antes decía “Soy de Dios, soy un médico y quiero ayudar a las personas...pero entiendo que esta persona está sufriendo mucho, entonces, pues apoyo a la persona y espero que solicite la eutanasia”.

Fue este razonamiento el que la hizo trabajar con la reconocida Fundación Pro-Derecho a Morir Dignamente, D.M.D. organización que posee como bandera la concepción de la muerte digna a través de la eutanasia. Esto eran años atrás cuando aún había mucha ambigüedad con la despenalización, sin embargo, cuando la ley 1733 de 2014 o ley Consuelo Devis Saavedra (Cuidados paliativos) se expidió, el dilema en el que se vio envuelta la doctora se soluciona con la aparición de los cuidados paliativos, dado que podía abandonar esa postura que atentaba contra sus valores y principios religiosos.

Orígenes de la RS

¿Por qué la Dra. D piensa de esa manera sobre la eutanasia? ¿Por qué antes podía ser una persona laxa, pero en la actualidad ha tenido que tomar una decisión? Se retoman dos aspectos presentes en la historia de vida de esta galena que han impactado en la construcción de RS de la eutanasia: su religión y su filosofía de vida.

¿La respuesta sobre la eutanasia?: oficialmente, su respuesta fue tomar una postura que le permitió reconciliarse con Dios pues “*Si yo estoy con Dios, no estoy con la eutanasia*”. ¿Y con qué si está Dios? Con los cuidados paliativos, práctica que le permite a la doctora continuar con su labor de ayuda a las personas sin tener que participar en un proceso que va en contra de sus creencias. Ahora bien, esta apuesta se complementa con su filosofía de vida de “ayudar a las personas”.

Desde que tenía siete años tenía claro qué quería hacer: quería ayudar. Siempre he tenido la voluntad para ayudar. Mi filosofía de vida es servir, ayudar a las personas, porque Dios me ha dado esta misión desde los siete años.

Abriéndose en la entrevista, comenta que a los siete años un familiar cercano falleció y se dio cuenta de que le hubiera gustado tener los conocimientos que tiene en la actualidad para haber impedido dicho fallecimiento, porque fue una falla de conocimiento la que hubo en el momento. Desde entonces comenta que siente como un deber propio el de ayudar, y que estudió medicina por esto mismo, para poder ayudar a que las personas tengan una mejor calidad de vida.

Dr. N: La legalidad, la verdadera muerte y los cuidados paliativos

Con el Dr. N recorrí la clínica de Imbanaco y pude conocer la oficina que tiene el área de cuidados paliativos. Se mostró muy dispuesto a realizar la entrevista, y me comenta que, de hecho, muchas de mis preguntas son las que él les responde a los estudiantes de medicina de la javeriana a los que les da clase.

El Dr. N es un médico con especialización en medicina familiar, que, desde el inicio, recalca que no estuvo interesado en trabajar en los cuidados paliativos. Esta información surge cuando le consulte por la eutanasia y por qué trabaja los cuidados paliativos. Responde que no creía que podía trabajar en el enfoque paliativo porque consideraba que es alguien muy seco, callado y no tan caritativo y hablador como los otros médicos. Sin embargo, dada su imagen de cómo debe ser un médico, al preocuparse por el paciente, por ejemplo, comenzó a trabajar en el área mencionada, al punto que se siente a gusto y cómodo, eso sí, desde su personalidad, pues destaca que en su equipo tienden a ser más espirituales y sensibles, y él es más bien alguien frío y distante.

Representación Social

Aunque se le cuestione por lo que piensa u opina de la eutanasia, este médico realiza un análisis sobre esta, al considerar que tiene sus ventajas y desventajas, pero situándose de entrada con una posición: “No estoy a favor”. Recalca que es un proceso médico, al igual que otros, que está acompañado de procedimientos estandarizados.

La eutanasia tiene sus pros y sus contras, pero si me preguntas mi postura, no estoy a favor. Creo que hay casos en los que sí se debe aplicar, eso sí. Lo que sucede con la eutanasia es que es vista como negativa, como la enemiga, precisamente por ese bum mediático.

Menciona que la eutanasia es percibida como algo negativo en los cuidados paliativos, casi que como una enemiga.

La eutanasia ha tenido un boom mediático que, mirándolo bien, puede ser dirigido a los cuidados paliativos, por ejemplo. Creo que la eutanasia ha ayudado para que se empiece a trabajar en la legislación, aunque sea vista como algo negativo.

A su posición, le añade que en Colombia a la eutanasia se le vincula con la muerte digna, y en este punto es donde desarrolla su posición frente a la eutanasia, pues recalca:

La muerte no es digna. La muerte es un instante, un momento, porque te da un paro cardiaco, una falla pulmonar y te morís. La dignidad no tiene que ver con la muerte, sino con el cuidado paliativo, y aquí es donde hay que desmitificar, porque la muerte es un momento, en lo que se tiene que trabajar no es en la muerte sino en la vida, para volverla digna hasta que fallezca.

Orígenes de la RS

El discurso de este médico estuvo girando a un tema que casi no se mencionó en otras entrevistas: la muerte.

No puedo tenerle miedo a la muerte porque hace parte de la vida. Yo no peleo con la muerte como otros médicos, no la veo como enemigo, como algo malo, sino como parte de la vida.

El médico liga a la eutanasia con la muerte, no le añade juicios de valor, pero si la ha resignificado con una situación reciente en la cual, un familiar falleció y tuvo que ir al funeral en su ciudad de origen. Realizó el duelo que debía hacer, pero recalca que le impactó porque le hizo pensar en qué tipo de muerte podía tener él y sus familiares, al notarlos ya con bastante edad.

Es imposible adaptarse a la muerte, aceptarla si, pero adaptarse no.

Cuando menciona esta frase vuelve sobre una anécdota en la que se encargó del proceso de una joven que padecía una enfermedad terminal. Debido a que pudo enfocarse en el dolor, la medicina que le suministraba le proveía la tranquilidad necesaria para estar sus últimos días con su familia. Dice que fue tanto el control del dolor y sufrimiento, y el acompañamiento que pudo brindarle el equipo, que cuando falleció, y, tiempo después la abuela de la expaciente

llegó a urgencias por el cúmulo de enfermedades que poseía; la familia y la misma señora pidieron que le dieran lo que fuera, con tal de poder tener sus últimos días en familia.

El manejo del dolor, el control sobre el sufrimiento no significa controlar la muerte, ni alargar la vida, sin embargo, son los elementos principales que menciona el Dr. al referirse a la eutanasia, como un procedimiento en última etapa para personas que no han recibido el acompañamiento adecuado.

Dra. A: La eutanasia triste, la política y la moral.

Pienso que la eutanasia en sí es una decisión sí creo que es un derecho que tiene el ser humano triste por demás porque nadie quiere llegar a ese estado sin haber dado la lucha. Pienso que la eutanasia en sí es algo que el hombre tiene derecho a pedir.

La Dr. A es una antropóloga en formación que se encuentra cursando materias que enriquecen mucho la perspectiva sobre la vida, sobre las culturas, sobre la sociedad- Esto lo digo por experiencia, porque los primeros semestres son iluminadores. La conocí a finales del año pasado cuando a todos estudiantes veinteañeros les sorprendió que una mujer adulta, con hijos y formada en una disciplina de las duras decidiera estudiar antropología y más aún, pusiera en reflexión y crítica parte de su mundo médico.

Con esta médica he conversado en múltiples ocasiones - a modo de tertulia con muchas otras estudiantes- precisamente sobre el impacto que la antropología ha tenido en ella, especialmente, en sus convicciones y en su religión. Por esto, el día que realicé la entrevista y me sumergí en ese mundo médico en el que ella aún transita, pude hacer preguntas más complejas sobre su historia de vida. Contrario a la Dra. M, su voz es fuerte, sus razonamientos y respuestas tienden a ser más reflexivas, y, además, toma una postura política, pues para ella, la eutanasia debe darse como garantía de muerte digna, sí, pero debe tener una revisión fuerte, y un gran apoyo para que no se convierta en una suerte de “eliminación de cargas”, como un proceso de eugenesia.

Entrada del diario de campo:

La Dr. A me ha pedido que nos reunamos en el laboratorio etnográfico- salón de antropología- mientras nos acompañaba su hijo, pues había salido de jardín. De entrada, me comenta que está interesada en el tema, y que como hemos notado en las diversas tertulias en las que ambas participamos, el tema de la religión sigue siendo preponderante para ella.

Representación social

Retomo entonces estas tertulias, en las que generalmente participamos estudiantes mujeres de antropología, y discutimos sobre temas como la feminidad, la religiosidad y los caminos actuales de la antropología. Se tienden a organizar en espacios libres, y participan

mujeres desde primer hasta último semestre. En una de esas tertulias, la Dr. A comenta que la antropología le ha permitido tener una perspectiva diferente a la religión y a su rol como madre, porque pensando desde una postura más crítica, cree que ahora debe reflexionar continuamente sobre su quehacer médico y antropológico, redefiniendo o delimitando su religión. En la entrevista le interrogó sobre la eutanasia y responde

Pienso que la eutanasia en sí es una decisión sí, creo que es un derecho que tiene el ser humano triste por demás porque nadie quiere llegar a ese estado sin haber dado la lucha. Pienso que la eutanasia en sí es algo que el hombre tiene derecho a pedir.

Mientras revisa que su hijo esté entretenido, continúa con la conversación mencionando que siempre es triste la eutanasia porque se ubica ella misma en el lugar y posición de los pacientes, sintiendo que siempre esperan una última esperanza antes de tener que acudir a la eutanasia, así que, en otras palabras, podría decirse que la eutanasia puede significar la última alternativa cuando ya no hay más respuestas, tratamientos o ilusiones. Además, comenta que está a favor de la eutanasia, pero que esto depende del contexto.

Mi posición es más política que ética. Yo sí estoy de acuerdo con la eutanasia, pero me da mucho miedo que se implemente en países como Colombia. Porque aquí antes de garantizar un derecho a morir por eutanasia debería primero trabajarse en garantizarse las posibilidades que tenga el paciente para recuperarse, para acceder a la salud y es algo que no tenemos. Aquí a la gente se le deja morir de manera forzada, por ejemplo, el caso de una colega que estaba quejándose en las redes con la supersalud y todo exigiendo a coomeva que le den la quimioterapia, porque sus metástasis... es que la burocracia está expandiendo sus metástasis, la están llevando a la muerte por la negación de un procedimiento al que tiene derecho.

En esta situación, su perspectiva y posición frente a la eutanasia tiene que ver con un análisis político del contexto colombiano, pues contrario a la Dra. M, aunque es religiosa y ha llegado a tener conflictos en la actualidad por esa devoción, refiere que es católica creyente, pero que su Dios es uno lleno de amor, que se mueve más por “*El amor al ser humano que por la reglamentación, la moral y las reglas estrictas*”. Interpelo lo anterior retomando la postura del catolicismo ante la eutanasia y responde “*Claro que la eutanasia es mal vista en el catolicismo. De hecho, yo aquí estoy diciendo una herejía*”. Al respecto, complementa:

No quiero que suene pretenciosa, de prepotente pero la forma en la que estoy viendo como se está moviendo la religión actualmente me lleva a decir que el jesucristo que está en el evangelio tal vez no le gustaría ver como se está moviendo la cosa. Creo que estoy en la posición ética de reinterpretar la religión, y de ver realmente lo que predicaba, lo que él pensaría al respecto y yo trato de moverme así.

Orígenes de la RS

Al interpelar a esta médica por la razón de su concepción y postura frente a la eutanasia, al igual que con la Dra. D, se me responde con una anécdota, con una experiencia de vida que la ha marcado y que trae al presente con una nueva mirada.

Mi mamá murió de un mieloma múltiple, un cáncer medular - Cáncer en la médula. Habíamos llegado al punto de estarla transfundiendo dos veces por semana- transfusión de sangre-. Mi mamá me decía, “mamá, mamita, si en algún momento yo llego a pedirles que me maten no lo hagan, que ella era católica. Yo les puedo estar gritando, pero ustedes no lo hacen, sí.”

El cáncer de su madre duró desde los catorce hasta sus dieciocho años. Comenta que nunca se había enfrentado a la muerte de esa manera, por lo que era fácil seguir la corriente de lo que le decían. Finalizando su anécdota, relata:

Nunca llegó a pedirlo, pero yo sí noté que en los últimos meses ella estaba sufriendo bastante y en el momento de la muerte sufrió mucho, sí. No se le alcanzó a poner la transfusión, entonces ella murió prácticamente ahogada, y yo decía, yo pensaba en mi ignorancia “¿cómo la ayudamos? ¿cómo hacemos que la muerte no sea tan sufrida?” porque ella se veía sufriendo al quedarse sin aire y cuando ya estudie medicina y conocí la cuestión de dolor y cuidados paliativos yo dije le faltó esto, el acompañamiento en una muerte digna le faltó que el médico en el momento de fallecimiento diga vamos a sedarla a ponerle oxígeno que no se dé cuenta que se está quedando sin aire. cositas como esta no se hacen y eso paso hace casi 20 años, pero sigue pasando en la actualidad.

En el caso de ambas doctoras, se detecta que en su pasado ha habido una situación que enmarca un acercamiento hacia la muerte con casos familiares, y, de hecho, no es el único. Con otras entrevistas se evidencia que en las preguntas frente a la eutanasia comienzan a aparecer historias relacionadas con la muerte. Otro factor que aparece también en el relato de ambas es cómo esta situación llegó a incentivarlas para estudiar medicina, y volver la mirada atrás para imaginar cómo se habría solucionado la situación en la que se vieron expuestas.

En su recuento, que tiene el objetivo de explicar por qué tiene dicha representación sobre la eutanasia, salen a colación diversos elementos como lo es lo que denomina *lucha* cuando menciona “*Creo que es un derecho que tiene el ser humano triste por demás porque nadie quiere llegar a ese estado sin haber dado la lucha*”. Si se conecta el relato expuesto con el fragmento, aparece que el tema de la lucha puede ir relacionado con lidiar con el dolor- con el acompañamiento médico que ella recomienda- de tal manera que pueda continuar su vida, sin posibilidad de cura, pero al menos continuarla. Ella misma es quien dice que ahora hace consciente la historia detrás de su posición, y es que, de hecho, constantemente durante la conversación ella recalca el trabajo del médico con el tratamiento del dolor.

Un ejemplo es cuando le pregunto sobre qué haría si en una situación hipotética un paciente le solicita la eutanasia:

Tenaz, me pondrías. Una cosa es decirlo y otra hacerla. Hubo un caso de un paciente muy mayor que estaba sufriendo mucho y que tenía la presión bajita, entonces yo les mandaba con una dosis regulada de morfina, y cuando escuchaba a las enfermeras que se quejaban y me decían, pero tiene la presión bajita y se puede morir; y yo les decía ¿pero ...y qué? ya se está muriendo y hay mucho dolor, entonces ¿qué más da si se le baja más la presión? Lo que importa más es que no haya dolor. ¿Qué les importa más a ellas? que no muera, pero hombre, el paciente ya se está muriendo, y se está muriendo de tanto dolor. ¿Qué más hace? mejor le curamos el dolor. Hay que ayudarlo y dar una muerte digna. ¿Qué les importaba a ellas? que no muriera por baja presión, pero, hombre, el paciente se está muriendo.

Aunque las palabras aquí expuestas no contienen la entonación ni mucho menos el movimiento de manos o la expresión de la Dra. A, espero que sí se pueda transmitir la preocupación que tiene por el paciente, por el dolor y por el sufrimiento, como elementos preponderantes para intervenir como médico aun así no haya estado trabajando desde la postura paliativista.

Dra. L: La educación, la moralidad y el cuidado paliativo.

La Dra. L está trabajando actualmente en la Universidad Icesi, en el área de investigaciones de enfermedades congénitas. En su entrevista resalta aspectos como la educación, como elemento primordial que ha influido en su vida y en su perspectiva de la eutanasia; la moralidad con la que analiza el tema, considerando que moralmente tiene un dilema; y el cuidado paliativo, resaltando continuamente que es un área que debe tener más reconocimiento por su labor.

Representación Social

La médica entrevistada considera que la eutanasia es una herramienta útil para responder al sufrimiento y al dolor, sin embargo, cree que debe ser la última opción que se le plantee, porque la primera debe ser el cuidado paliativo. Cuando la cuestiono por la eutanasia responde:

A mí me parece que es un recurso necesario cuando la vida del paciente deja de ser compatible, cuando no tiene calidad de vida. Pero siento que antes de llegar a ese recurso la medicina, más que la medicina como ciencia, sino como política pública del gobierno, porque se han quedado cortos en algo que se debe hacer mucho antes, como el cuidado paliativo. Antes que entrar en la discusión de si el paciente va a morir o no, la discusión es por qué lo dejamos llegar a ese momento decisivo donde la única opción que encuentra es morir.

Durante su entrevista destaca que el enfoque con el que hay que trabajar la eutanasia es con el emocional y fisiológico; es decir, tiene que ver con trabajar el dolor, la angustia y aspectos emocionales derivadas de la enfermedad, más que con el hecho de terminar una vida.

En este foco, la Dra. L toma una posición: aunque la considera una herramienta, cree que se debe intervenir en el paciente - con los cuidados paliativos para evitar que necesite solicitar una muerte para menguar el dolor. Lo que comenta es que la muerte igual se va a dar, pero lo que se puede hacer es trabajar con el dolor, y eso se puede hacer desde los cuidados paliativos.

Al igual que los médicos anteriores, también hace una distinción con el término de la muerte digna, pues retomó la reflexión de un médico paliativista:

Alguna vez tuve una discusión con un médico paliativo y él decía que no le gustaba que a la eutanasia se le llamara muerte digna porque estamos queriendo decir que la vida que tiene no es digna, y esto es porque hemos dejado que tenga que encontrar una muerte que sí sea digna. Entonces si utilizamos todos los recursos para que el paciente no sienta dolor, y no hay alternativas me parece que la eutanasia es un recurso que tiene que existir y ser legal, y allí no se hablaría de muerte digna, por ejemplo, sino de vida digna.

Orígenes de la eutanasia

“Uno se educa en la casa, en la academia y en la vida.”

- Dra. L

Hay dos aspectos que han influido en la perspectiva de esta médica: la educación académica y la familiar. Frente a la primera, destaca que su universidad -Icesi- tenía vínculos con la Clínica Valle del Lili, la cual, posee un área de cuidados paliativos; de manera tal que tuvo un acercamiento con la filosofía y los procesos de esta área desde su proceso académico como médica.

Pues yo creo que en nuestra escuela de medicina (Icesi) es de las pocas que tienen una cercanía con el cuidado paliativo, que es una rama de salud relativamente nueva. Entonces como en la fundación tenemos especialistas, nos hablan de las maravillas del cuidado paliativo; con el tema de la muerte natural y la muerte tranquila, y como estamos cercanos a esa posibilidad, no es que rechacemos la eutanasia, sino que la dejamos de considerar porque esta alternativa es mucho mejor. No es que este mal, creo que es algo muy útil. Pero no me gusta que se piense como la última opción.

Además, resalta que tuvo una materia de ética que considera, le brindó herramientas para acercarse a temas de este tipo. Al respecto, comenta

Nosotros vemos una clase de ética, se tocan todos los temas álgidos de medicina y es interesante porque la dan en conjunto médicos y abogados y es chévere porque una cosa son tus principios y otra cosa es la legalidad. Porque no nos dicen qué se puede hacer o que no; nos hablan del tema, nos acercan a eso, y me mostraron un documental de la BBC interesante en el que una familia tuvo que viajar a otra parte para que aplicaran la eutanasia, de hecho, tocó fibras. Allí me di cuenta de que es muy difícil, porque listo, si es la filosofía de vida de un

médico, de tratar el cuidado paliativo, y luego la sedación, listo, pero si me pongo yo, de darle por ejemplo el agua con el medicamento para que la persona muera, no puedo, eso es un amor muy desprendido, como familiar es muy duro.

Frente a la educación familiar, comenta que es lo que la ha influenciado principalmente a pensar de la manera en la que lo hace, razón por la que, aunque interrogó con la pregunta hipotética de si aplicaría la eutanasia, responde comentando que atenta contra su moral, contra la educación que recibió de pequeña.

Pues, no lo haría por un tema más que todo moral, porque todas las decisiones que uno tiene están influenciadas por la educación que uno recibe, pero es inevitable que desde chiquito cuando a uno le dicen que la vida es sagrada, y se lo meten en la cabeza de manera tan fuerte que da hasta tristeza matar a una hormiga, por más que haya toda la intención y razonamiento, de que está sufriendo, lo está pidiendo, como te digo, depende del momento. Pero ahora si me pasara más, tendría que pensarlo mucho porque está esa influencia todo el tiempo de que la vida es sagrada, entonces, pues no lo sé, como te digo, porque sé que probablemente nunca me tenga que enfrentar a algo así.

Para esta médica, los valores y principios con los que la criaron le imposibilitarían aplicar la eutanasia o la sedación paliativa porque directamente está cometiendo un crimen en contra de la vida, la cual, le han enseñado que es sagrada.

Dra. Z: Dilemas, objeción de conciencia y una nueva postura

La Dra. Z actualmente está trabajando en la universidad Icesi como investigadora en temas de salud tradicional y también como profesora de asignaturas como Administración y gestión pública, Gestión en salud y salud pública. En la entrevista con esta médica sale a colación la preocupación por la muerte y por el dolor de los pacientes y por el deber médico relacionado con el juramento hipocrático y la objeción de conciencia.

Representación social

Para esta médica la eutanasia es un proceso médico que se le ha adjudicado a la medicina y que se ha definido como un derecho, como el paso final. Sin embargo, considera que el foco de la eutanasia como aliado de la muerte es erróneo, porque no estaría relacionado con proveer la muerte, sino con eliminar el sufrimiento. Sus palabras fueron:

Yo ... no estoy convencida de la eutanasia como una necesidad de final. El problema no es terminar la vida sino el sufrimiento. Y allí sí interviene la medicina, porque ese es el rol del médico, es trabajar con el sufrimiento, reducir el sufrimiento del paciente y deben estar un acompañamiento porque no deben estar solos, la familia también debe apoyar la paciente para eso, porque el apoyo familiar impacta en lo psicológico.

La Dra. Z no percibe a la eutanasia como la muerte digna, como la que brinda el descanso final, porque para ella, ese no debe ser el tema. La muerte va a llegar, sea a través de la enfermedad o por el tiempo, el enfoque debe ser cómo se brinda la calidad de vida para que la muerte sea sin dolor, sin sufrimiento.

Orígenes de la RS

¿Será por mi profesión? porque en mi formación todo era que uno tenía que hacer todo lo posible para que la gente viviera. En esa formación uno trabaja por la vida, no por la muerte ni por la plata.

Para esta médica, su profesión y deber ser están muy arraigados en su discurso frente a la eutanasia. Declara que, al cuidar al paciente, controlando el sufrimiento, se trabaja por la vida de la persona, no por la muerte, no por proveerla porque esta debe llegar sin intervención médica. Esto último es la verdadera motivación de la Dra. Z, porque fue lo que vivió en su experiencia con sus padres, y es lo que vincula con el deber médico de conservar la vida.

Tuve a mi padre y a mi madre muy enfermos. Mi mamá murió de cáncer de mama. Ella sabía cuándo iba a morir y les decía a los médicos “que lo que me quiera hacer lo haga, pero yo me quiero morir en la casa, no en el hospital”. Murió tranquila, hablo con todos porque decía “haga todo lo que tenga que hacer, pero no quiero dolor”.

Con mi papá sucedió que tuvo un accidente por las escaleras, y tuvimos que operarlo con un riesgo alto del 95% de probabilidades de que no sobreviviera. Fue del 5% que sobrevivió, vivió unos años en los que lo cuidé, le brindé enfermera, viajamos, compartí con él leyéndole, saliendo a pasear, acompañándolo siempre que podía, hasta la última semana.

Debido a su experiencia personal, considera que la eutanasia o los procesos que conllevan directamente a la muerte están invalidando el deber médico, el cual debe promover la vida como un deber establecido desde su juramento hipocrático, por ejemplo. Ella comenta:

Ahora, el médico trabaja con la vida. En mi formación, y hablando del juramento hipocrático allí es claro, nosotros estamos a favor y estamos para generar vida y no causar muertes a nadie.

La Dra. Z va más allá de una posición en contra de la eutanasia, pues en su postura crea una crítica en contra de este procedimiento porque se les atañe únicamente a los médicos, siendo duramente criticados por la red de profesionales en el que se encuentra al acceder a practicar un proceso que, como se expuso, atenta contra el juramento hipocrático, y así mismo, contra el deber médico:

¿Por qué poner al médico? Ellos (los pacientes) no están seguros de aplicar la eutanasia, entonces ¿por qué ponen al médico como intermediario? No se necesita un médico si la persona quiere morir. ¿Por qué tiene que ser un médico el intermediario en la eutanasia? ¿Por qué no debe ser un acto de una persona?? Porque lo que creo es que muchos pacientes tienen miedo de arrepentirse o de inclusive quitarse la vida, así que creen que lo mejor es dejarle la decisión a un médico.

Complementando con su crítica, la médica ahonda en la objeción de conciencia, recalcando que se proclama porque los médicos se oponen a ser antepuestos como los intermediarios de la muerte, porque pueden no creer que la eutanasia es la última opción, porque creen que se puede brindar otras alternativas o porque no está de acuerdo con el procedimiento. En estos casos, la médica determina que se debe respetar la objeción de conciencia de los médicos porque la eutanasia genera muchas opiniones y tiende a colisionar contra la perspectiva moral de ellos, y más importante aún, contra su deber:

Creo que la labor del médico es ayudar a que tengan la mejor vida posible, no dolor, ni sufrimiento para que tengan su vida buena, su calidad, su reposo, su tranquilidad mientras vive el proceso de la enfermedad; y así puede estar con la familia, puede hacer otras cosas.

DR. C: La eutanasia, los temas tabús y la iniciativa

En la entrevista del Dr. C aparecen elementos de tipo reflexivo sobre el deber ser del médico, pero, además, aparece una posición frente a la eutanasia desligada de los dilemas morales, preocupaciones u objeciones, así como una postura contrapuesta al encarnizamiento médico, y más enraizada en el humanismo. Actualmente se encuentra trabajando en Cundinamarca, en el área de urgencias, razón por la que ha estado cercano con la experiencia del sufrimiento y dolor de los pacientes, tal como lo menciona en su entrevista.

Representación Social

Para este médico es importante delegarle la capacidad al paciente de reconocer y decidir qué quiere hacer frente a su enfermedad y muerte, llegando incluso a ser una situación normal para la medicina.

Pienso que debería ser un derecho de la persona, pues obviamente mientras tenga sus funciones mentales superiores conservadas. Pienso que uno debería poder decidir en serio, por distintos motivos, por ejemplo, dolor, o cualquier otro síntoma en el que el paciente no pueda seguir adelante, yo pienso que sí debería ser demasiado normal. Es más, debería ser tan normal que debería estar acompañado, que debería tener una última despedida bien, sin dolor, sin estar sufriendo, yo, por ejemplo, lo aplicaría en mí. Si por ejemplo me dijeran, usted tiene Alzheimer, alguna enfermedad que me deje de ser yo, ya, pues la solicitaría.

En esta postura también aparece su concepción sobre el deber ser del médico, porque considera que los médicos deben trabajar para mejorar la calidad de vida y disminuir los daños. De hecho, comenta que estudió medicina porque le enferma ver a un enfermo al que no se le atiende bien, al que no se le ofrecen alternativas o posibilidades. Sin embargo, este galeno establece límites, porque, aunque se le ofrezcan alternativas de tratamiento, esto no debe confundirse con el encarnizamiento terapéutico, con insistir en mantener la vida del paciente a toda costa. Para él, la eutanasia debe ser una opción, y, de hecho, cree oportuno normalizarla:

Lo único que sí me gustaría es saber cómo brindarla, cómo insinuarla pues. Es que con el sistema de salud dilata la extensión del paciente a lo que más pueda, y uno con esas cosas puede ayudar, y así como uno tiene que saber cómo dar una mala noticia, también debe saber cómo insinuar la opción de la eutanasia, pues porque yo no creo que personas acá, donde yo estoy, sepan que eso se pueda hacer por ejemplo; y te hablo desde un pueblo donde la gente se suicida y es algo normal casi, yo creo que ayudaría mucho daría mucha tranquilidad a la familia, todo.

Finalizando este apartado, considera que en la medicina actual el tema de la eutanasia se ha extendido, se ha vuelto más trabajable precisamente por el tema de los cuidados paliativos, pero considera que hay mucho camino que recorrer porque el hecho de que algunos médicos presenten objeción de conciencia o no la apliquen tiene que ver con dos aspectos: El hecho de que muchos médicos son religiosos o tienen una moral muy fuerte es una razón para que presenten objeción de conciencia, o también lo es el hecho de que deben estar "muy a la defensiva con la eutanasia" porque pueden demandarlos por haber accedido a ese procedimiento. Ante la objeción de conciencia decreta

Pienso que los médicos presentan objeción en casos de religión o moral, conozco casos así, que son cristianos, y eso también es respetable; pero uno también debería dejar eso, porque eso también es egoísmo, porque una cosa es que vos no quieres atender al paciente, bueno, está en su derecho, pero si puedes hacerlo y puedes ayudarlo, por qué no.

Orígenes de la RS

El entrevistado recalcó que una experiencia impactante y su crianza son los elementos que han influenciado en que tenga una postura tan particular frente a la eutanasia. Frente a la experiencia, tuvo que ver con dos familiares que se enfrentaron a la enfermedad y le dejaron una imagen fuerte de la enfermedad.

Mientras estaba estudiando, o antes de entrar, digamos que tuve una situación de una abuela y una tía. Ambas como con enfermedades terminales, mi abuelita tenía cáncer de seno y la tía cáncer de esófago. Y digamos que lo que me acuerdo, pues tengo esa imagen de verlas tristes, como soportando algo que no quieren, no sé, creo que eso se pudo haber evitado.

Para el momento que transcurrió no habría sugerido la eutanasia porque desconocía cómo se aplicaba o si se podía, sin embargo, actualmente tiene una tía que padece una enfermedad y debido a que tiene momentos en los que el sufrimiento y el dolor es muy agudo, retoma fuertemente que la eutanasia debe ser una herramienta para el paciente.

Digamos que para ese momento no lo hubiera sugerido, pero a ver, en estos momentos tengo otra tía que también tiene cáncer de páncreas, y pues a veces tiene sus momentos de que está muy mal de dolor, de ánimo, y le están haciendo cosas, quimio, radios, medicamentos para el dolor, pero yo pienso que eso debería ser una herramienta para el paciente, como, mire, no sabría cómo mencionarla, pero decirle, mire como usted tiene toda la potestad de, por ejemplo, decidir si quiere recibir un tratamiento no, decir, no, no quiero más, quiero que me dejen descansar, o decir que me lleven a mi casa, o decir ya no más.

Finalizando, el entrevistado considera que este tema, así como el del aborto, son elementos que podría manejar porque en su hogar nunca han sido demasiado religiosos o moralistas, así que él nunca lo ha sido, y por ello no le incomoda hablar de esos temas. De hecho, cree que es importante que puedan hablarse, y que muchos puedan tener una postura crítica al respecto.

Dra. P: La experiencia del trabajo, el apoyo al 100%

Porque hasta que uno no lo veo y no le toca vivirlo uno no va a estar de acuerdo con algo así - Dra. P

La Dra. P es una médica general que está trabajando en el área de oncología. En sus respuestas se evidencia una fuerte preocupación por los pacientes, por el tema del dolor, el sufrimiento y las pocas opciones de estas personas, aspecto que transformó su percepción de la eutanasia y los cuidados paliativos. También aparece el tema moral, porque su trabajo y sus reflexiones van en contra de aquello que le han enseñado y de la moral que ha construido.

Representación Social

Frente a la pregunta por la eutanasia, respuesta de esta médica fue concreta y rápida: *Pienso que es un derecho. Que es un derecho que hay que hacer valer, que hay que, estoy de acuerdo con la eutanasia al 100%.*

Su percepción está influida por muchos aspectos, sin embargo, destaca su experiencia en el trabajo, los sentimientos y la empatía que le generan conocer pacientes en situaciones terminales.

Obviamente es super duro, le toca a uno muchos sentimientos, unos sentimientos encontrados, pero en realidad es como pensar en la persona, no en lo que uno quisiera, porque

uno como familiar lo único que quiere es que su familiar viva, sea como sea, pero la verdad yo pienso que eso es un derecho y que si uno como paciente toma la decisión de que ya no soporta más el dolor, que no hay ningún medicamento que te pueda ayudar, ningún tratamiento que pueda mejorar o curar, y si vos estás cansada de eso, yo creo que no hay por qué hacerlo, si decidís que no quieres estar así, pues es un derecho.

La eutanasia para la entrevistada es vista como una herramienta que puede aportarle al ser humano para enfrentar la enfermedad, para ponerle fin al dolor y sufrimiento, razón por la que apoya y respeta a quienes la solicitan, como ya le ha pasado en varias ocasiones. Pese a esto, cuando se le cuestiona si aplicase la eutanasia, responde que le daría muy duro, tanto emocional como moralmente.

Orígenes de la RS

O sea, yo lo derivaría con el médico paliativista, pero no lo haría. No lo haría porque empiezan todos estos cuentos morales y es como, osea no, la verdad no sería capaz. -Dra. P

Para esta médica ha habido un antes y un después de su experiencia en su trabajo. Enfrentarse a las condiciones en las que viven los pacientes terminales le ha hecho adoptar otra perspectiva que en años pasados no habría retomado, y en esta situación, debido a este cambio de pensamiento frente a temas como la eutanasia, es que ha tenido conflictos y dudas relacionadas con su deber ser como persona anclada a una realidad religiosa. Cuando le consulto si esta diferencia entre la persona que era antes y la actual es grande, responde

Sí, no es lo mismo porque como te digo, yo ahora trabajo con pacientes con cáncer de colon, de recto y de mama, y yo veo que hay momentos en los que los pacientes sufren demasiado, veo que empeoran y veo las circunstancias y veo que definitivamente no hay nada que pueda ofrecerles y veo que todo lo que uno le hace para mejorar el dolor -por lo menos para que el tiempo que esté, se encuentre bien- no es suficiente, y ver a esas personas sufrir, incluso que le digan a uno, que soliciten o que pidan ayuda para morir, obviamente eso cambia mucho las perspectivas.

Como te digo, yo trabajo con pacientes de cáncer de colon, recto y seno. los de seno casi no se complican pero los otros si son pacientes bastantes complejos y he tenido que verlos sufrir con metástasis, que no les sirve ya ningún medicamento para el dolor, que todo el tiempo les duele absolutamente todo, que ya lo único que hacen es llorar, sufrir y sentirse mal y sentirse una carga, y he tenido que vivir eso con mis pacientes y eso es lo que a mi me ha hecho estar de acuerdo con la eutanasia.



Cotidianidad del ejercicio médico

Al cuestionar por las Representaciones Sociales de los médicos, salieron a la luz experiencias de vida, pero, principalmente, experiencias en la cotidianidad del trabajo médico. Aspectos relevantes como los dilemas a los que se enfrentan, la manera en la que los resuelven y su manera de cumplir con la profesión médica se exponen cuando relatan un día a día complejo, lleno de toma de decisiones y de enfrentarse a situaciones en muchos casos, difíciles.

Por lo anterior, se brinda una ventana para reconocer el ejercicio médico trabajando con las tres categorías restantes de esta investigación: Dilema ético, Rol del médico y Objeción de conciencia. La estructura de este apartado contiene un cuadro con las descripciones concretas de las respuestas de los entrevistados frente a las categorías, y, más adelante se profundizará en la descripción de estas respuestas.

Médicos	Categorías de análisis		
	Dilema ético	Rol del médico	Objeción de conciencia
Dra. D	Recalca que, aunque trabaje con el cuidado paliativo, nunca se es suficiente para cuidar al paciente, para proveerle de calidad de vida ya que hay niveles para intervenir en el dolor y sufrimiento.	Menciona que los médicos deben ser bastones que ayuden a los pacientes a apoyarse en la vida, puesto que su misión es ayudar a las personas.	Es un derecho que utilizaría si algún procedimiento atentara contra sus creencias, sin embargo, en su área no se enfrenta a una situación por ese estilo
Dr. N	Este médico se cuestiona si seguir los parámetros de la medicina en cuanto a tratamientos estrictos con pacientes con enfermedades terminales que quieren alterar el tratamiento.	Considera que debe estar siempre a favor del paciente, de preguntar qué quiere o necesita de él como médico, y finalmente, de seguir lo que necesitan.	Es un derecho que les brinda protección a los médicos.
Dra. A	La entrevistada se enfrenta a lo que cree es el objetivo de la medicina, de brindar vida al paciente, con una realidad ante la cual el paciente va a morir sin importar los procedimientos o tratamientos que se le realicen.	Un médico debe actuar siempre desde la empatía, desde la preocupación por el otro, por los padecimientos de este. Y, también, debe ser un profesional sumamente crítico con su quehacer.	Es un derecho que tiene su profesión, por lo tanto, no debe ser ignorada porque sería violentar a la persona. Lo que debe hacerse es respetar la decisión de cada uno.
Dra. L	La eutanasia le genera conflicto debido a que aprendió que la vida es sagrada, y, en ese sentido, prefiere no ir en contra de esa idea.	Expone que antes que ser médicos son personas, y en este sentido, sus creencias, deseos, pensamientos y valores están presentes en su ejercicio como médica.	Es una herramienta que permite la protección de los valores y creencias de los médicos.
Dra. Z	La eutanasia le impone al médico que deba ser quien aplique el procedimiento, y esto la conflictúa y le hace cuestionarse si es un deber del médico.	El médico debe brindar un servicio completo e integral al paciente, escuchando, atendiendo y guiando correctamente.	Hay que respetar las creencias y pensamientos de los médicos, no criticarlos.
Dr. C	Aún no encuentra un dilema en su ejercicio médico vinculado con la eutanasia, porque estima que su deber como médico, de ayudar a las personas debe primar por encima de otros aspectos más personales.	Establece que un profesional en medicina debe apoyar al paciente, guiarlo y brindarle acompañamiento para aliviar el padecimiento.	Cree que debe ser algo respetable, pero también opina que es una forma egoísta frente al sufrimiento del paciente.
Dra. P	Es un conflicto el aceptar la eutanasia como un proceso que debe hacerse para procurar una muerte digna, debido a que sus creencias religiosas y de crianza van en contravía de esta postura.	Todo médico debe preocuparse por el paciente, y debe reportar ante los cuidados paliativos cuando un paciente necesite un acompañamiento necesario.	Es un tema importante, pero se debe considerar lo que dice la ley:

Ventana al ejercicio médico

La ventana al ejercicio médico aparece a veces en pequeños fragmentos de la entrevista, en otros, acompañando al médico en su jornada. A continuación, se relatará la entrada de diario de campo de la jornada del Dr. N.

Entrada del diario de campo:

- *¿Me quiere acompañar a visitar a un paciente?* - Fue la pregunta que me hizo el Dr. N, imposible de rechazar. - *Generalmente hago visitas con los estudiantes de la javeriana, los de medicina claro, pero nunca he ido con un psicólogo. El paciente se llama S. tiene un linfoma en su cuello, y ahora está en nuestro equipo -de cuidados paliativos-, está internado porque lo trajeron de emergencias. Es un muchacho, serio y joven, su mamá es enfermera, así que ella ya está al tanto de la situación. Ven te lo presento.*

Cuando visité al Dr. N lo hice con el objetivo de conocer parte de su rutina, su espacio de trabajo, y su perspectiva frente a la eutanasia. Serio, de pocas palabras y amable, fueron las primeras impresiones que tuve de él. Lo acompañé en su recorrido de rutina, visitando pacientes, yendo a su oficina para presentarme a sus colegas, y también, para comentarme un poco sobre los cuidados paliativos en el Centro Médico Imbanaco. Mientras caminamos por el séptimo piso - el de hospitalizaciones- conversamos sobre S, un paciente que no ha tenido apego a su medicina ni tratamiento, y que, por esta razón, ha tenido que ser traído a emergencias continuamente para el tratamiento del dolor y de síntomas colaterales. Desde inicios del 2018 accedió a consulta externa muchas veces, teniendo que ser presionado por su familia y amistades para que tomara las pastas para el dolor, pues no quería tomarlas en un inicio.

Ante esto, el Dr. N comentó, justo antes de entrar a la habitación 708 *-No lo presioné, respeté sus deseos desde un principio. ¿No quiere tomar pastas? Bueno, por ahora no las tomará, más adelante lo hará o se le ofrece otra alternativa. ¿Sabe qué hago? Les pregunto qué quieren de mí, y yo hago lo que me diga. Porque no le puedo devolver las piernas, reducir un cáncer en un estadio avanzado, pero si el paciente quiere menos dolor, bueno, yo se lo puedo dar; si es paz y tranquilidad lo que quiere, también, puedo mandarlo a casa con todos los cuidados necesarios.*

Mientras entramos a la habitación me quedé con esas palabras. Reconozco las habitaciones de esta institución porque algunos familiares también han estado internos, así que el cuadro que más me llama es el de S dormido en su camilla, la madre y su hijo menor sentados en el sofá, con todas sus pertenencias y con un cansancio que se podía leer en la lejanía. Mientras el galeno saluda, nos presenta y hace las revisiones de rutina, la madre se levanta, hace preguntas constantes y acaricia a su hijo.

- *¿Cómo se ha portado el muchacho? ¿Cómo le fue con el medicamento?* -Fue el inicio de una conversación sobre la enfermedad y el tratamiento rondaron entre la madre y el médico, hasta que en un momento comenzaron a hablar de S, de cómo quería salir de la hospitalización, en especial de un tema que salía por fuera de la revisión.

-*S. cumple años la otra semana y sus amigos quieren venir* - Comenta preocupada la madre, mirando a su hijo menor, quien asiente con conocimiento. -*Pero yo creo que es mejor que no vengan y lo vean así. Ellos quieren venir a saludarlo, a traerle una torta, pero como acá no dejan entrar nada, entonces yo no sé.*

El hijo menor volteó la mirada cuando vio a su madre dubitativa. Recientemente había hablado resignadamente de la enfermedad de su hijo, y pese a su jerga médica -como enfermera- fue este el momento en el que se silenció, acercándose a su hijo y acariciándolo. El Dr. D dejó de revisar las máquinas aledañas a la camilla, para acercarse a la madre, poniendo una mano sobre su hombro y llamándole la atención. -*Es bueno que lo visiten, sobre todo ahora.* - Reconforta ahora, acercándose más a S, palmeando su hombro. - *Nosotros le ayudamos con la logística. No los van a dejar entrar con una torta, pero acá arreglamos para que le celebren el cumpleaños.*

Con esa promesa, interrumpió en escena el padre del paciente. Venía cantando por el camino y nos saludó a todos. - *“vengo a acompañar al muchacho, porque pues...”*. No termina la oración, pero abraza y besa a su hijo, quien despierta y lo saluda de vuelta. El médico le hace unas preguntas, mientras el papá también se las hace a su hijo. Al igual que el galeno, S es de pocas palabras, pero aun así no deja de ser acariciado por sus padres, quienes responden por él en su lugar, dado que está bastante adolorido y no quiere seguir hablando.

Antes de marcharnos el doctor le explica el procedimiento a seguir, y luego le recuerda que no se preocupe, que tiene que enfocarse en la fiesta de S, que ellos le ayudarán. Después nos despedimos, y la habitación quedó sumergida en la conversación entre la madre y el padre, y la música del celular de este último. Al parecer, tenían mucho que planear para el cumpleaños.

El ejercicio médico: Ética médica y Dilemas éticos.

La ventana al mundo médico que abrió esta visita, y otras subsecuentes, cargaron consigo una realidad cercana para los doctores, pero poco cotidiana para mí, como persona y como investigadora: La muerte.

En el ejercicio médico, la enfermedad y la muerte hacen parte de la realidad cotidiana, como dos elementos, en ocasiones, indivisibles. Esas ocasiones en las que lo son, fueron retratadas con pasión por los médicos entrevistados, sin embargo, aquellas situaciones en las que no fueron indivisibles también tomaron su lugar en nuestras conversaciones, eso sí, con reflexiones y disertaciones sobre lo que significó la muerte de estos pacientes para ellos.

Ética médica: El acto médico.

La entrada de campo con el Dr. N expone una ventana a la cotidianidad médica en la que el actuar del médico se encuentra influido por diversas cuestiones: las normas y políticas de la clínica, sus conocimientos, su especialidad, el área en el que se ubica, etc. Vera Carrasco (2013) determinó el concepto de acto médico como el desempeño del médico frente al paciente y a la sociedad, definida como “toda acción o disposición que el médico realiza en el ejercicio de su profesión en el proceso de diagnóstico, tratamiento y pronóstico, así como los que se deriven directamente de éstos” (p.74).

Para este autor el acto médico está insondablemente relacionado con las características del deber médico y de la legalidad, pues en consonancia, Bareiro Ramos, Peñaranda, Quesada, Fernández y Marrero (2005) complementan que es imposible separar el ejercicio médico de la ley “Una de las profesiones más vinculadas con la ley es la medicina, y es, a la vez, la más difícil de ejercer desde el punto de vista legal, pues su ejercicio está expuesto a la valoración social de sus resultados. Esta vinculación con la ley es además una de las más antiguas que existen entre profesiones, basta tan solo recordar el Código de Hamurabi, Rey de Babilonia (1739-1685 a.n.e), donde se recogían aspectos de responsabilidad médica. (Bareiro Ramos, Peñaranda, Quesada, Fernández y Marrero, 2005, p.2).

Otra apuesta de este concepto la brindan Reyes & Delong-Tapia (2010) al resaltar “Por supuesto que el acto médico debe cumplir con la Ley y con lo que espera la comunidad del médico; pero va más allá: es horizonte de esperanza, entendido como una decisión ética concreta que se toma en el aquí y ahora, que sirve para negociar entre médico y paciente para lograr lo mejor” (p.338). Para estos autores, “todos, enfermo y médico participan para buscar la felicidad, plenitud, cancelar el sufrimiento y angustia del enfermo, al menos paliarlas y ofrecer compañía y calidez humana al sufriente, aún más, tiene componentes psicológicos y sociales pues enfermar es vivir de un modo inhumano, y el acto médico nace y se ejerce en ese ámbito” (Reyes & Delong-Tapia, 2010, p. 388).

Mencionó el acto moral porque todos los médicos entrevistados describieron al menos una tensión, coyuntura o dilema moral vinculados con el acto médico. La Dra. L, Dra. P y Dra. D recalcaron que la eutanasia les generaba un dilema moral directo, mientras que los demás médicos reflexionaron sobre los dilemas que acompañan a la práctica en la medicina.

Dado que el interrogante de esta tesis es conocer las representaciones sociales de los médicos, un apéndice de esta misma pregunta es conocer también la cotidianidad de su labor, en la que el acto médico, cargado de responsabilidades morales y jurídicas, tiende a enfrentarse con dilemas. Por lo anterior, la categoría emergente que surgió fue la del dilema moral, anclada a la categoría del rol del médico, porque los entrevistados tienden a mencionar características o imaginarios de cómo deben ser en su profesión.

La trascendencia en cuestionar los dilemas morales estriba en que la medicina está sujeta a la legalidad -como bien dice el párrafo anterior-, razón por la que el ejercicio médico o acto médico comprende en sí mismo una elevada responsabilidad ética y social, así como una responsabilidad legal que se enfrenta con una práctica como la eutanasia. Esto porque, como señalan Bareiro Ramos et al (2005) “La Medicina está indisolublemente ligada al Derecho, por cuanto la vida y la salud de los ciudadanos son protegidas por la ley, y ejercer un acto médico inadecuado trae consigo una responsabilidad jurídica” (p.2). En este sentido, la ética médica toma posición como la disciplina que se ocupa del estudio de los actos médicos desde el punto de vista moral, orientando la conducta de los médicos hacia lo correcto, lo ideal y la excelencia (Bareiro Ramos, Peñaranda, Quesada, Fernández y Marrero, 2005).

La situación descrita en la entrada de diario de campo evidencia que, así como en otro trabajo, la profesión médica contiene una realidad compleja, donde, aunque hay enfermedad, muerte, y vida, también hay manifestaciones particulares, como el simple festejamiento de un cumpleaños, que, como se verá más adelante, generó un dilema para el médico en cuestión. Marcada en una escala de grises, el acto médico no solo se centra en trabajar con la enfermedad, sino también con la vida de la persona, con aquello que puede hacerle feliz, como una torta de cumpleaños, o con morfina para que el dolor cese, como fue el caso de la Dra. S, inclusive, puede serlo el informar sobre la opción de la eutanasia o los cuidados paliativos, como propone el Dr. C.

Aunque hace parte de la cotidianidad, estos dilemas son los que enriquecen y complejizan el acto médico, y deben tomarse en consideración porque están dando cuenta de la realidad de lo que implica la muerte, una con apellido, como la eutanasia.

Al respecto, la ética médica ha logrado decretar que existen dilemas y tensiones en el acto médico que deben considerarse con atención. Un ejemplo de lo anterior es el dilema que presentan Reyes & Delong- Tapia (2010) frente al acto médico y la relación interpersonal con el paciente, en el cual recalcan que el médico debe poner límites en su interrelación, “El médico no debe dar nunca garantía de éxito de su intervención, debe tener mucho cuidado en su comunicación con el enfermo y sus allegados, presentar en lenguaje llano el aspecto más positivo y con prudencia comunicar su percepción en cada caso que se le presente” (p. 339).

Louse Terry (2007) decretó que los dilemas éticos convienen cuando las obligaciones del profesional entran en conflicto, y se producen cuando hay dos o más explicaciones y soluciones ante una misma situación. Complejizando esta definición, Villareal & Visbal (2013) declaran que “El dilema ético surge cuando el profesional se enfrenta a dos o más alternativas de actuación posibles y válidas, e incluye principios éticos y valores. En la práctica se presentan un conflicto de principios éticos” (p. 116). En efecto, estos dilemas exigen la reflexión, el análisis y un pensamiento constante para el profesional que tenga dichos conflictos.

Dilemas de los médicos frente a la eutanasia

En el encuentro con las representaciones sociales surge la categoría emergente de los dilemas éticos a los que se han enfrentado los médicos entrevistados, y en este sentido, se expondrán tal cual como lo comentan, explicándolos un poco con la voz de otros autores que dilucidan el quid del dilema. En adición, se presenta la categoría de Rol del médico y la de objeción de conciencia, debido a que se complementan.

Dr. N: El pastel.

Entrada del diario de campo:

Cuando salimos de la habitación de S, el galeno se dirigió al cuerpo de enfermeros para decretar el procedimiento a seguir en el paciente. Tiempo después, mientras lo acompañaba en su rutina, llamó a una colega y le comentó toda la situación referente al cumpleaños del paciente. *-Yo me puedo encargar de la música, pero lo de la torta, ¿te encargas tu? recuerda que yo ya me encargué la vez pasada-* Refiere el médico mientras ingresamos a otra sala.

Más adelante, mientras estamos conversando sobre los cuidados paliativos recibe una llamada - *¿Cómo vamos con la misión? Ajá, sí, bueno.* - Como si se tratara de una misión importantísima, hablan en códigos sobre cómo ingresar el pastel, y a la cantidad de personas justas -pues hay un límite. Al finalizar la llamada, me sonrío y comenta - *" Ya Dr.X Se va a encargar del pastel. Puede que también le pongan música porque tenemos a un músico por aquí. Eso va a estar bueno"*.

Dilema ético

Pese a que es un acto simple, explica el Dr. N que allí hay un dilema al que generalmente se enfrentan como paliativista. Comenta, por ejemplo: *-El tratamiento indica que debe seguir una dieta estricta en casos crónicos como los que atendemos, pero entonces a veces viene alguien y le regala un bombón a un niño, y el con esa dieta tan estricta quiere comerlo, claramente, pero no debe hacerlo. ¿Entonces allí qué hago? ¿Sigo los parámetros de la medicina o voy más allá y pienso en que la mejora de la calidad de vida tiene que ver con cumplir los deseos del paciente?"* -Aunque comenta que esto depende del paciente y de la situación, dice que es una de las constantes tensiones que surgen en su ejercicio médico.

Rol del médico

El dilema en esta situación del pastel estriba en que para el Dr. N el médico debe encargarse de proveer una *"calidad de vida adecuada para que la muerte sea igual de digna"* sin embargo, para la clínica esta calidad de vida se traduce en tratamientos, terapias, medicamentos y más actos que irían en contravía con un simple hecho como lo es dar un dulce o un pastel, dado que estos son contraindicaciones.

Este galeno soluciona el dilema anclándose en un razonamiento que lo ubica "a favor" del paciente. Esto lo expuso mientras retomaba el caso de S, pues comentó que le daba unas pastas para el dolor al paciente, pero que como no estaba apegado al tratamiento, este paciente

no las tomaba y tenía que ser llevado constantemente a urgencias, con el pediatra, porque querían hacer que tomará las pastas. Cuando lo llamaron a él, fue que comenzó a trabajar en forma con S:

Yo no lo presioné. Yo respeté sus deseos. Si él no quiere esas pastas no se las toma, cumpla con darle la alternativa médica, pero también les pregunto cómo puedo ayudarles yo. les pregunto ¿Qué quiere que haga? y yo hago lo que el paciente me dice. No puedo devolverle las piernas, ni un pulmón, por ejemplo, pero lo puedo tratar, puedo darle pastas para el dolor, puedo mandarlo a la casa, si quiere paz, por ejemplo.

En el caso del paciente, aunque quisieron internarlo constantemente, S no quería, y lo que hizo el médico fue apoyarlo “*Yo fui diferente. lo escuché y seguí lo que quería, no lo que los demás querían. Al final, pude acercarme a S y el comprendió que, si no quería ser llevado a urgencias, y si quería controlar el sufrimiento, tenía que tomarse las pastas y verme en control, y listo. nada de hospitalización.*

Objeción de conciencia

Cuando se le interpeló por el tema de la objeción de conciencia, la respuesta de este médico fue mencionar que es un derecho de las personas, y que tiene un procedimiento que le permite a los médicos protegerse ante diversos temas, sin embargo, cumpliendo con ese rol del médico que estableció, comenta que dada su posición como paliativista no usaría la objeción de conciencia ante ningún proceso, porque quiere brindar ese apoyo a los pacientes en sus últimas etapas.

Dra. D: La muerte inaceptable.

En sus reflexiones, esta entrevistada toca el tema de la muerte y refiere que es una situación inacabada para los médicos a la que se enfrentan constantemente. Ella logra hacerlo mediante su religión, por ejemplo.

Dilema ético

Otra tensión que aparece en relación con la muerte. La Dra. D comenta “*uno nunca se familiariza de la muerte, nunca deja de afectar, porque se encariñan con los pacientes y eso conlleva a un sufrimiento*”. Sin embargo, más allá de generar un sufrimiento, la misma doctora dice que hay una tensión, o más bien, un límite estricto en los cuidados paliativos frente a la muerte “*Es que el médico tiene que trabajar con la vida del paciente, tiene que proveer tratamientos y acompañamiento para que tenga una recuperación*”, el problema aparece cuando, aunque trabajan por brindar una calidad de vida, aun así, reconocen que sus esfuerzos nunca llegan a cumplirse porque siempre hay dolor o sufrimiento, aunque sea por la idea de la muerte.

Rol del médico

Lo interesante de la entrevista de la Dra. D es que, al igual que el Dr. N, encuentra respuesta a este dilema en su concepción del deber médico. Considera que los médicos deben ser los *bastones de los pacientes* para ser su soporte y apoyo ante el dolor.

El médico tiene en su misión el ayudar a los demás, estando dispuesto a todo: a querer al paciente y hacer todo lo posible para que tenga una calidad de vida adecuada así se reconozca que va a morir.

Objeción de conciencia

Al cuestionar por la objeción de conciencia en esta médica aparece el tema de que se presentaría únicamente si las prácticas que se le exigieran fueran en contra de sus creencias o principios, sin embargo, en el área de los cuidados paliativos, no debe enfrentarse a ese dilema, así que no utilizaría como herramienta de protección. Sin embargo, si en los cuidados paliativos tiene que hacer alguna práctica para acompañar a una persona, lo haría, porque como médica tiene que estar dispuesta a todo.

Dra. A. La morfina, la responsabilidad y el deber.

¿Qué ocurre entonces cuando se trabaja por la calidad de vida de una persona que, reconocen, va a morir? Una respuesta a esta pregunta la plantea el ejemplo que trae a colación la Dra. A cuando la entrevisté

Cuando los pacientes están terminales y con mucho dolor, yo les mandaba a inyectar una cantidad moderada de morfina, pero esto causaba revuelo con las enfermeras, porque casi que gritaban y me decían “doctora, pero es que tiene la presión bajita y se puede morir,” -risas- y yo les preguntaba...Pero ¿qué? Es un paciente terminal, ya se está muriendo y siente mucho dolor, entonces ¿Qué más da si se le baja más la presión? Lo que importa más es que no haya dolor. ¿Qué les importa más a ellas? que el paciente no muera, pero ¡hombre! el paciente ya se está muriendo, y se está muriendo de tanto dolor. ¿Qué más se puede hacer? mejor le curamos el dolor. Hay que ayudarlo y dar una muerte digna. ¿Qué les importaba a ellas? que no muriera por baja presión, pero, hombre, el paciente se está muriendo.

Dilema ético

Para la entrevistada el dilema radica en que la medicina quiere que el paciente viva como sea. Pero el problema es cuando todos reconocen que esa persona va a fallecer y, aun así, siguen haciendo todo lo necesario para que viva.

Esa es una tensión en la medicina, sobre la vida y la muerte. Ahora, Yo no voy a decir que ponía la morfina para que muriera, claro que no, pero el paciente está sufriendo y hay que ayudarlo a calmar ese dolor. Si en medio del proceso el paciente se queda, pues que agonice, que se quede, pero sin dolor”.

La entrevistada complementa

Aunque el juramento hipocrático habla de “no dar muerte” hablando de la eutanasia no estoy de acuerdo. Yo soy muy a favor de la muerte digna. De llevar al paciente a que si es hora de descansar no lo tengamos que someter a tratamientos invasivos, dolorosos, a tratamientos desgastantes que solo van a perpetuar o retrasar una muerte que ya viene pero que va a ser muy dolorosa.

Rol del médico

Esta médica considera que los médicos deben ser críticos, analizando las situaciones que se les presenten, siempre, actuando bajo la empatía.

Como veían que yo era toda amable con los pacientes y las familias, claro, mis colegas me pedían a mí que les dijera cuándo había muerto el paciente, que le comenta a la mamá que la hija había quedado embarazada, todo eso, porque ellos no podían. No sabían cómo comunicarse, y yo sí, porque soy empática, y hablo sin tecnicismos, porque sé que es lo que esa otra persona quiere escuchar.

Objeción de conciencia

Frente a la objeción de conciencia, destaca:

Yo estoy de acuerdo en que eso es un derecho médico y que no se puede pasar por encima de la objeción de conciencia, porque eso ya es violentar al mismo médico, pasar de sus creencias, sus sistemas de valores, entonces hay que respetar, seguramente que habrán muchos médicos que no tienen problema con eso, listo, pero el derecho a la objeción de conciencia debe quedar y permanecer porque no se les puede obligar a hacer algo que ellos creen que está mal.

Dra. P: Apoyo, pero no puedo.

La galena acepta y defiende la eutanasia, considera que es una herramienta muy útil para aliviar el dolor y el sufrimiento, sin embargo, no la practicaría en un caso hipotético.

Yo respeto y apoyo y de verdad, pues uno como persona como ser humano tiene la autonomía sobre su cuerpo y que decisiones tomar, lo apoyó y lo respeto, pero yo no lo haría porque me daría muy duro.

Dilema ético

Para la entrevistada defender la eutanasia hace que tenga que confrontar sus principios y valores morales y religiosos, quizá, porque le ha afectado de sobremanera emocional y sentimentalmente la situación que vivencia en su trabajo.

Me da duro por lo moral, o sea, la verdad no sería capaz de aplicarla porque sería igual, literalmente, lo estas matando y obviamente yo soy católica y yo confío y creo en Dios y en lo que Dios quiera, en lo que sé. Pero no lo haría, creo que entran ambas cosas, lo religioso y lo moral.

Frente a esto último, confiesa que la eutanasia nunca va a dejar de ser un conflicto, que nunca va a dejar de suscitar posiciones o defensas.

Pues es que aquí entra toda esa parte moral, por eso pienso que nunca va a dejar de ser un conflicto porque, así como hay personas que están de acuerdo hay otras que dicen que no, que hay que luchar por la vida, que sea lo que dios quiera. Pero que sea lo que dios quiera puede ser un paciente un mes o dos meses sufriendo, y que nada de lo que le des pueda servir. Entonces si entran muchos conflictos ahí. Siento que nunca va a ser un tema que todo el mundo va a estar de acuerdo con eso. Así como la interrupción voluntaria del embarazo, así como son todos esos temas tabúes.

Rol del médico

Para la entrevistada esto depende del área en el que esté el médico asignado. Sin embargo, cree que las personas que no tienen limitaciones morales tienen el deber de ser quienes apliquen la eutanasia cuando sea solicitada, porque ella misma, con sus conflictos no podría.

Pero dependiendo, uno como médico general no mucho, sería más bien los de cuidados paliativos.

De hecho, considera que su rol es el de reportar cuando una persona solicita los cuidados paliativos o la eutanasia, pero que hasta allí llega su deber, más adelante, debe ser cuestión de otros médicos.

Objeción de conciencia

El dilema planteado por la entrevistada se soluciona ante la ley, pues, aunque la situación (aborto, eutanasia, etc). Vaya en contra de sus principios, si es la única persona que puede proveer el servicio, lo hará.

Es la ley. Me parece muy difícil, porque si soy la única que está allí en la clínica, y alguien viene a abortar, me parece difícil, pero tengo que hacerlo. Por ley. Aunque creo que hay que respetar la decisión de los demás, porque nadie vive lo que uno está viviendo. Porque es muy fácil estar desde otro punto de vista y juzgar, pero uno no sabe, no siente lo que está viviendo la otra persona. Entonces yo por eso estoy de acuerdo.

Dra. L: La culpa.

La práctica de la eutanasia generaría culpa para esta médica. Iría en contra de lo que le enseñaron sobre la idea de que la vida es sagrada.

Quizás para mí, habrá personas a las que no le parezca difícil, no me atrevería a hablar con la medicina, sería muy atrevido de mi parte, porque prima la voluntad del paciente y el bienestar que que tan culpable me sienta yo de acabar con una vida.

Para la entrevistada la eutanasia, pese a toda la distinción que tiene sobre el dolor y el sufrimiento, es visto como el asesinato, como un acto que es complejo porque atenta contra sus creencias. Por esto, si se le cuestiona si lo hiciera responde

Pues, no lo haría por un tema más que todo moral, porque todas las decisiones que uno tiene están influenciadas por la educación que uno recibe, pero es inevitable que desde chiquito cuando a uno le dicen que la vida es sagrada, y se lo meten en la cabeza de manera tan fuerte que da hasta tristeza matar a una hormiga, por más que haya toda la intención y razonamiento, de que está sufriendo, lo está pidiendo, como te digo, depende del momento. Pero ahora si me pasara más, tendría que pensarlo mucho porque esta esa influencia todo el tiempo de que la vida es sagrada, entonces, pues no lo sé, como te digo, porque sé que probablemente nunca me tenga que enfrentar a algo así. Entonces como que bueno, se preocupen por las decisiones morales ellos, los médicos paliativos, pero se que es una decisión compleja.

Rol del médico

En esta categoría, la entrevistada relaciona el tema de los valores, principios y la religión que muchos médicos poseen, y cree que *antes que la profesión uno es persona*, en este sentido, pide que el médico pueda intervenir y trabajar con la calidad de vida hasta donde pueda, porque hay aspectos en los que la filosofía de vida de esa persona se puede ver confrontados, como lo fue para ella el tema de la eutanasia.

Objeción de conciencia

La entrevistada contempla que se deben respetar los valores y principios de los médicos, sin embargo, institucionalmente se debe reconocer quienes podrían practicar la eutanasia.

Si la persona tiene valores, eh, son cosas con las que nadie puede luchar. Además de la profesión pueden tener su religión, filosofía de vida, a mí me parece que están en todo el derecho de objetar conciencia, son las instituciones las que deben tener claras quienes son los que objetan conciencia. Porque antes que la profesión uno es persona. La ley tiene que ser muy clara, porque al igual que con la donación de órganos, se puede asumir que todos están dispuestos a apoyar, debería ser lo mismo que a no ser que objetan conciencia, sean considerados dispuestos. Saber quiénes están dispuestos, porque si no se vuelve un paseo para el paciente.

Dr. C: Sin límites morales

Para este médico hay un tema fundamental que tiene que ver con el apartado: No posee los dilemas morales que presentaron los demás médicos frente a la eutanasia o a la práctica médica.

Yo no tengo lio con el aborto, ni con nada de esas cosas que están como con Dios. no puedo creer que hoy sigan pensando esas cosas o discutiendo cuando hace años ya se debió dejar en el pasado.

Dilema ético

Desde su postura crítica, el único dilema al que se enfrenta es al de saber hasta qué punto debe llegar la intervención médica.

Hay que evitar el encarnizamiento terapéutico, pero entonces hay que pensar ¿hasta qué punto intervenir?

Lo anterior porque es una persona que se define como empática, preocupado por sus pacientes, así que le preocupa que, aunque él pueda distinguir hasta dónde llegar - preguntando a sus pacientes, por ejemplo- los demás médicos no lo hagan. Esto porque cree que se debe trabajar desde la calidad de vida del paciente.

Rol del médico

Cuando se le pregunta por aquellos médicos que tienden a intentar por todos los medios que el paciente viva, el entrevistado responde que la eutanasia puede ser vista como contraria al juramento hipocrático y al deber médico si este es visto como el “salvar la vida”

Para mí el deber médico no es salvar vidas, es de hecho, hay una frase medica del latín que traduce que se trata de no hacer daño, ni siquiera es salvar vida, sino no hacerles daño a

las personas, punto, entonces yo no creo que hacerlo eso vaya en contra. Como te digo, si tu objetivo es salvar vida pues estarás en contra. No sé si esa persona tendrá sentimientos, yo creo que es tener empatía.

Objeción de conciencia

En este apartado, se retoma lo que menciona el médico frente a su deber y a la objeción de conciencia.

Pienso que los médicos presentan objeción en casos de religión o moral, conozco casos así, que son cristianos, y eso también es respetable, pero uno también debería dejar eso, pero eso también es egoísmo, porque una cosa es que vos no quieres atender al paciente, bueno, está en su derecho, pero si podés hacerlo y podés ayudarlo, ¿por qué no?

Dra. Z: la eutanasia como tensión

Dilema ético

La Dra. Z comparte una tensión que, para ella, generan las nuevas reglamentaciones y protocolos frente a la eutanasia, en la que se ubica al médico como el actor principal que debe mediante lineamientos establecidos- practicarle la muerte a otra persona. Al respecto, comenta

Ahora, ¿por qué poner al médico? (...) para mí los pacientes no están seguros de aplicar la eutanasia, porque entonces buscarían otras alternativas, ¿me entiendes? entonces ¿por qué ponen al médico como intermedio? No se necesita un médico si la persona quiere morir. Entonces, ¿por qué tiene que ser un médico el intermediario en la eutanasia? ¿Por qué no debe ser un acto de una persona? Siento que le están dejando la decisión a un médico, porque creen que es el último camino. Por eso hay objeción de conciencia, porque el médico en su posición puede no creer que esa es su última opción; y hay muchas causas de que esto pase, la religión, cierto, el que no estén de acuerdo con el momento, como te digo, porque creen que se puede hacer más porque hay más posibilidades o también porque no está de acuerdo, las causas son muchas.

La ventana que abre la Dra. Z frente a la objeción de conciencia debe permanecer abierta, dado que lo mencionado frente a los dilemas éticos, y a la tensión que genera en los médicos tiene una estrecha relación con la objeción de conciencia. ¿Por qué? Porque esta se objeta conciencia cuando algún acto va en contravía de las creencias de una persona, y puede ser por razones religiosas, como en el caso de la Dra. D o racionales, como en el caso de la Dra. Z.

Rol del médico

Esta galena recalca que el médico debe trabajar por la calidad de vida del paciente, por brindar un acompañamiento completo e integral al paciente escuchándolo, atendiéndolo con empatía y, finalmente, brindando las instrucciones necesarias para los procedimientos, de tal manera, que puedan ser entendidas por el paciente.

Objeción de conciencia

Esta médica recalca que se debe respetar tanto la medicina como las creencias del médico, dado que:

Hay que respetar a los médicos, no criticarlos. Ahora, el medico trabaja con la vida. En mi formación, y hablando del juramento hipócrata allí es claro, nosotros estamos a favor y estamos para generar vida y no causar muertes a nadie. Por eso hay objeción de conciencia, porque el medico en su posición puede no creer que esa es su última opción. Y hay muchas causas de que esto pase, la religión, cierto, el que no estén de acuerdo con el momento, como te digo, porque creen que se puede hacer más porque hay más posibilidades o también porque no está de acuerdo, las causas son muchas.

Discusión

La estructura de este apartado contiene el análisis general de los resultados encontrados mediante las entrevistas y las entradas de diario, así como el enfoque en casos específicos.

Eutanasia

Al indagar sobre las representaciones sociales se encuentran diversos elementos presentes: el primero, que tiende a generar posiciones pues los entrevistados asumieron la postura de “Estoy de acuerdo” o “A favor” o los de “No estoy de acuerdo” o “Estoy en contra” directa o indirectamente. Es un tema que despierta la polémica y en este sentido, se retoma la propuesta de las RS frente al sentido común relacionándolo con aquello que apareció en las entrevistas.

Complejizando, el saber del sentido común refiere a cómo los seres humanos comparten su vida cotidiana, dándole sentido a través de la experiencia y la comunicación (Palmonari 1998) debido a que contiene aspectos de la vida social, de los conflictos, de temas como experiencias de vida. El sentido común debe concebirse como un cuerpo de conocimientos que contiene en sí mismo las tradiciones, ritos y experiencias socializadas y antiguas, bajo la cual, genera nombres, clasificaciones en categorías, teorías y experiencias comunes, las cuales, son almacenadas en el lenguaje, experiencia y cuerpo de las personas de la sociedad (López, 2007).

En esta vía, dado que el sentido común contiene ese corpus de conocimiento almacenado y compartido, vale la pena profundizar en que, en las entrevistas, además de aparecer el tema de tomar posición, también se manifiesta la idea de que es un tema moral, que suscita emociones y pensamientos encontrados. En las entrevistas se manifestaba que el tema era uno moral, complejo, y también, se daba cuenta con la experiencia de cada persona, que se tenía que hacer una reflexión o tener un razonamiento ético sobre la eutanasia, sobre lo que significa para cada uno, antes de tomar una decisión.

Una posible alternativa a la situación planteada la brinda Domínguez- Gutiérrez (2006) quien enuncia que las RS emergen bajo tres niveles: la dispersión de la información, la focalización del sujeto individual y colectivo, y la presión a la inferencia del objeto socialmente definido. Retomando estos niveles, si se clasifican, los médicos se encontrarían en el segundo y tercer nivel: la focalización, dado que como médicos conocen los procesos de la eutanasia y los cuidados paliativos a nivel general, siendo que deben estar informados de procesos médicos como los implicados. Los entrevistados también se encuentran en el tercer nivel dado que la presión a la inferencia implica una necesidad de actuar, de tomar posición u obtener el reconocimiento frente a un tema (Mora, 2002) dado que el propósito es el de tener un discurso desarrollado ante un tema que, al ser polémico, y del escarnio público, suscitan la necesidad de tomar posición.

Continuando con el tema de las RS, Mora (2002) recalca que tienen una función doble: primero, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo material y social y dominarlo; segundo, posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal. En esta vía, los códigos que comunica el concepto de eutanasia están relacionados con lo moral, con tener una posición (estar de acuerdo o no), con el tema del sufrimiento, el dolor y la enfermedad terminal - como manifestaré más adelante. A su vez, en las respuestas relucieron temas como los valores y creencias que cada persona tiene, aún si no es alguien religioso, como en el caso del Dr. No el Dr. JC, estos valores, creencias o principios aparecieron desde un inicio con la interrogante por la eutanasia, y persistieron con preguntas como el rol del médico. Un caso de esto se evidencia cuando el Dr. N recalca que le importan sus pacientes y que siempre está de su lado, preguntándoles qué necesitan. También aparece con el Dr. JC cuando describe que los médicos deben tener empatía, que deben preocuparse por las demás personas e intentar aliviar el dolor. En los casos de la Dra. Des más evidente, cuando destaca que su principio,

misión o razón de ser siempre ha sido el ayudar a un otro, o cuando la Dra. L remarca que le han educado para valorar la vida como sagrada, y, que, aunque considera el trabajo de un paliativista como la mejor opción, aun así no sería capaz de cumplir esas labores porque con la sedación paliativa, igual iría en contravía con su principio.

A lo anterior se le añade la idea de que al ponerse en los zapatos de un médico que aplicaría la eutanasia - con la pregunta hipotética- sucede que los médicos se confrontan con una realidad que les impacta y les impide - solo en dos excepciones, con la Dr. A y el Dr. JC- llevar a cabo el objetivo. Lo anterior porque, aunque comprenden la situación de la enfermedad a través del razonamiento, justificando el acto de la eutanasia mediante palabras como “Está sufriendo, no tiene calidad de vida, lo mejor es reducir el dolor, el daño, etc”, igualmente los valores, principios o creencias toman un peso grande sobre sus razonamientos, destacando al final que la eutanasia significa matar a otro, situación con la que no podrían trabajar.

Otro elemento común que aparece en las entrevistas es la idea de que como médicos deben trabajar sobre el sufrimiento y el dolor del paciente, algunos, apoyando a la eutanasia, y otros, el cuidado paliativo. Lo que se debe resaltar es que esta preocupación por el sufrimiento y el dolor parece tener un arraigo no solo en el tema del rol del médico, del deber ser, sino en una cuestión más personal y experiencial, puesto que comentaron situaciones donde les hubiera gustado que la intervención hubiera reducido el dolor, el sufrimiento o los efectos secundarios. En efecto, todos comentaron situaciones o experiencias con personas enfermas - sea la familia o un paciente- que le impactó a tal punto de influir considerablemente en su postura sobre la eutanasia.

Experiencias

Al respecto, ante cada percepción de la eutanasia, aparecía una experiencia que vinculaba a las personas con sus posturas. En lo mencionado anteriormente, se recalca que Piña y Cuevas (2004) conciben a la RS como un conjunto de ideas, saberes y conocimientos comunes que permiten que cada persona comprenda, interprete y actúe en su realidad inmediata. Estos autores también recalcan que, debido al sentido común, las RS funcionan como un elemento circundante para que los seres humanos organicen, estructuren y le den sentido a su vida cotidiana; brindando un abanico de conocimiento práctico para comprender una situación, acontecimiento o idea, y con esto, actuar frente a este. En este sentido, los saberes sobre evitar el dolor y el sufrimiento se compaginan con las experiencias que han creado los médicos en sus propias vidas, en el caso de la Dra. A, por ejemplo, con la experiencia de su madre quien padeció un cáncer medular y de quien cree, murió asfixiada; así como el relato que la Dra. D trae a colación cuando en su infancia presencia el fallecimiento de un familiar cercano debido a que en la época no había suficiente información al respecto. Aún si no es un tema de la infancia, el Dr. N recalca la historia de una nieta y su abuela que deciden fallecer en casa, e inclusive, retoma el fallecimiento de un familiar que le hace pensar en el tema de la calidad de vida.

Al completar esta investigación, una interrogante surgió frente a las concepciones de los médicos, y es ¿por qué, aunque las preguntas estuvieron orientadas a conocer cómo es y cómo se construyeron sus representaciones sociales frente a la eutanasia, cada persona terminaba confesando parte de su historia de vida? De sus intereses en la medicina, de situaciones familiares o de sus razones para estudiar la carrera. Lo cierto es que en cada respuesta de los entrevistados se les escapaba un poco de su historia personal. ¿Por qué la Dra. Dme hablaba de su vida cuando tenía siete años y decidió estudiar medicina si le estoy preguntando por la eutanasia? ¿Por qué la Dra. L me habla de la educación que recibió de su familia cuando era pequeña? Porque como señala la teoría con la que trabajo en este documento, la historia de vida, las experiencias, los recuerdos, todo lo que como individuos vivimos en sociedad, enriquecen y dan significado a lo que creemos, a lo que consideramos que es la vida y lo que son los diversos conceptos que utilizamos diariamente, como lo son la felicidad, el amor, el trabajo, etc.

De hecho, Villarroel (2007) destaca que

la originalidad de las representaciones sociales reside en proponer que el sentido común —aquel que se configura- en buena medida, a partir de los modelos y sistemas intelectuales desarrollados por la ciencia y diseminados en una sociedad o cultura dadas; esos sistemas científicos son, a su vez, remodelados o reconstruidos por medio de los intercambios entre sujetos y grupos sociales (p. 438).

En otras palabras, las experiencias que construimos en interacción con otros son las que se construyen y remodelan los códigos del sentido común que se comunican, por esto, la Dra. P manifestaba que antes podía no aceptar la eutanasia pero que la realidad a la que se enfrenta, con pacientes terminales que padecen mucho dolor, le ha permitido tener una perspectiva distinta y transformar la negatividad con la que vinculaba ese concepto, a una donde puede inclusive apoyarlo.

La Muerte

Como se describe al inicio de este documento, de la muerte se habla poco: los doctores relataban experiencias cercanas, pero momentáneamente, después de esto llenaban los silencios con otras opiniones. Incluso ocurrió que el Dr. N y la Dra. D- quienes trabajan en conjunto- relataron que tienden a hacer retiros cuando la muerte de un paciente impacta fuertemente en alguien. En el discurso de la Dra. P aparece constantemente su impresión por el dolor y sufrimiento de los pacientes, pero principalmente, por la muerte de muchos que tiende a ser compleja, en otras palabras, sin dignidad. La Dr. A describe esta complejidad de los médicos para hablar de la muerte cuando retoma el ejemplo del paciente mayor al que le inyecta morfina en dosis controladas, obteniendo reacciones de temor y pánico de parte del equipo de salud ante la posible muerte.

Gutiérrez - Samperio (2001) discuten que la muerte y el morir ha pasado de ser en el seno de la familia, con la solidaridad de sus integrantes, a estar tecnificada, encerrada en cuartos fríos, donde la calidez de la familia ha sido reemplazada por la frialdad de las máquinas. Describe esta muerte como producida en los hospitales que se han convertido en centros de muerte, en lugar de centros de salud. En estas casas de la salud, los profesionales de la salud ya sean de la medicina, enfermería, y demás profesiones, tienden a enfrentarse a la enfermedad- que, al fin y al cabo, es pariente de la muerte- sin embargo, en muchas ocasiones, por más intervenciones que se realicen, el resultado llega a ser único. ¿Qué genera la muerte para los profesionales en salud, que tienden a conocerla de primera mano, como una sombra helada en esas casas de la muerte? ¿En qué se convierte la muerte para la medicina?

Fernando Sánchez Toro, un reconocido médico defensor de la eutanasia en Colombia, destaca que la medicina ha tenido siempre como contraparte a la muerte, pues su razón de ser, como profesión, es la de evitar la muerte, ampliando las posibilidades de derrotarla, pues

El médico es el instrumento que dispensa medicina, a él corresponde librar las batallas en defensa de la vida humana, tan amenazada siempre por incontables factores patológicos. Puede decirse, por tal motivo, que el médico trabaja familiarizado con la muerte, convive con ella. Esta convivencia es la que ha permitido que el profesional de la medicina tenga una visión muy particular acerca del significado y trascendencia de la muerte, percepción imposible de alcanzar en actividades ajenas al arte de curar. (Sánchez Toro, 1997, párr 3).

En este sentido, si el enemigo del médico es la muerte, si su labor es derrotarla, ¿qué sucede cuando no se logra?

Otra perspectiva es la de Jiménez (2005) al mencionar que la muerte de los pacientes “nos enfrenta, como médicos, a nuestras limitaciones y a nuestro arte y, como personas, a nuestra propia muerte, lo cual nos saca violentamente del rol curativo, dejándonos inermes junto a nuestra angustias y fantasías de muerte” (p.96). De hecho, el mismo autor retoma una experiencia en la que un médico, frente a un paciente de cáncer terminal, que sufría dolores fuertes e insoportables, se negaba a administrarle morfina, por temor a que el moribundo desarrollara una adicción, situación que le hizo cuestionarse si su labor como médico se estaba ejecutando correctamente, o si era el miedo de este, lo que imposibilitaba su rol “curativo”, exacerbando sus angustias.

Ahondando más allá de esta interrogante, Maza, Zavala & Escobar (2009), brindan una mirada ante las reacciones que la muerte puede ocasionar en los profesionales de salud, destacando que “La muerte ocurre a diario en la práctica del profesional (...) es un evento único y muy difícil de afrontar para el profesional, así como para la familia del ser querido que acaba de morir. Se teme no sólo a la muerte, sino al proceso que conduce a ella, a la agonía lenta, al dolor y a la pérdida de facultades mentales” (p.40).

Además de la muerte, otros temas que también deben trabajar los profesionales en salud es el del control del dolor, tratamientos y procedimientos que no surten ni surtirán efecto en un paciente moribundo, pues finalmente, a lo que se enfrentan estos profesionales es a una muerte que llegará a los pacientes terminales.

Ir contra la naturaleza de la medicina, de las creencias y valores del médico, contra todo eso, protege la objeción de conciencia cuando la muerte ronda. La Dr. A comentaba esto mismo cuando analizaba que muchos médicos temen aplicar la eutanasia, y hacer ese acompañamiento, precisamente porque considera que atenta contra los valores de la medicina, y principalmente, contra su deber como médico, porque pareciera que aceptar la eutanasia es aceptar que se cometió una falla, que no se pudo cumplir con el objetivo de salvar vidas, de curarlas.

Es en este punto que me enfocaré, pues como lo menciona Legarda (2016) hay una fuerte creencia en que la muerte es sinónimo de la incapacidad médica o científica, de sus límites y fallas, pues como destaca el autor, en principio, “por convicción, todos los médicos somos vitalistas, como que la defensa de la vida es la razón de nuestro oficio” (p. 17), y, siguiendo esta línea “ La muerte, bien lo sabemos, es la antítesis de la vida; es su contrario biológico, y también axiológico. Siendo así, la ética médica debería ver siempre en la muerte al peor enemigo del enfermo” (Legarda, 2016, p. 218). Es en este sentido que el mismo autor destaca que para algunos médicos, la muerte es una inevitable y “humillante derrota” ante su labor, sus principios y compromiso.

Cuando el médico no puede continuar una batalla contra la enfermedad, cuando la tecnología y la ciencia no alcanzan, ¿qué hacer? Se ha hablado coloquialmente del “encarnizamiento terapéutico” el cual puede comprenderse como el ensañamiento, obstinación o furor en la realización de prácticas diagnósticas y/o terapéuticas que no benefician al paciente en la última etapa de su vida.

Gherardi (1998) menciona la sacralización de la vida, como un valor tradicional en la medicina occidental, en la cual, se utiliza todo tipo de tratamientos, procesos y tecnologías para mantener la vida, debido a una idea, la de "omnipotencia de la medicina" en la cual, algunos médicos creen que pueden evitar la muerte o decidir hasta qué momento se alarga la vida, como lo fue el tan aclamado caso de Nancy Cruzan, una mujer que llevaba un coma prolongado de bastante tiempo, siendo que tuvieron que ser los padres quienes pidieron la autorización para el retiro de la alimentación.

Dilemas éticos

Retomando el tema de los dilemas, Gempeler (2015) denota que uno de los actos médicos más difíciles es el de reconocer cuándo las intervenciones no cambian el panorama general, pues es en este punto que también se debe reconocer que algunas soluciones no podrán

mejorar el cuadro clínico global, lo que lleva a que los médicos actuales deban identificar hasta cuándo van a llegar, cuál es su límite para reconocer si se beneficiará al paciente, o si se le está alargando la vida.

En efecto, Betancourt (2011) lo complementa destacando que “Los médicos deberán abstenerse de tratar agresivamente con terapias desproporcionadas e inútiles a sus enfermos; no deben emplearse gastos terapéuticos carentes de razonabilidad y buen juicio clínico, que buscan un tratamiento, donde el sufrimiento es inevitable y desproporcionado al beneficio esperado” (p. 262).

La presencia de dilemas morales- como categoría emergente- tiene un vínculo con el tema con el que se investigó: la objeción de conciencia. Las tensiones mencionadas, frente a la eutanasia, la misma muerte o las creencias propias revelan un aspecto que no es retomado por los titulares periodísticos con los que esta investigadora se encontraba al realizar el planteamiento de la tesis: la humanidad médica. Una humanidad que también se enfrenta a la muerte, con la poca fortuna de que es un enfrentamiento casi que cotidiano, donde la muerte tiende a ser vista como negativa, como la falla o la limitación de un médico. Con estos dilemas se evidencia que más que una falla, para los médicos la muerte es una realidad que los obliga a trabajar en vida con una enfermedad que avanza, que los reta, y ante la cual deben únicamente centrarse en controlar tanto efectos secundarios, como dolores.

En otras palabras, si se evalúa el trasfondo de la objeción de conciencia ante la eutanasia, además de vincularla a las creencias, también se le debe vincular con algo más profundo, como es el temor a la muerte, y lo que esta conlleva frente al deber médico - altamente mencionado en los debates- porque permanece la interrogante por cuáles son las razones de la objeción de conciencia ante la práctica de la eutanasia, por analizar si, corresponden a lo religioso, como demarcaba la Dra. Z, o a lo racional, anclado al deber médico, como lo señalaba la Dr. A y el Dr. N .

Objeción de conciencia

Frente a la categoría de objeción de conciencia, con la que se motivó la investigación de esta tesis, sobresale la preocupación de los médicos por mantenerla como un derecho inalienable, al que necesitan acceder ante procesos o circunstancias que vayan en contravía con sus creencias, principios o valores. Diversos entrevistados, como la Dr. A o la Dra. L destacan que se debe respetar porque, aunque la profesión es la medicina, sigue siendo una persona con un bagaje personal la que ocupa el puesto de médico, razón por la que se debe considerar la humanidad de su profesión. También destacan que debe ser un procedimiento institucionalizado en el que se reconozca quienes objetarían conciencia ante determinadas situaciones, con el objetivo de tener como soporte, médicos que puedan participar en los procedimientos de estas situaciones, dado que no les afecte.

Conclusiones

Aunque comencé este documento con un enfoque en la eutanasia exclusivamente, temas como la muerte, el sufrimiento y los cuidados paliativos dominaron la apuesta, guiando los caminos de esta tesis, orientando las gafas de científica social que he construido en mi recorrido.

La primera apreciación es que, en todo el trayecto expuesto, se ha demostrado que en Colombia hay una preocupación fuerte y real sobre la muerte digna, aunque esta esté enfocada principalmente en la eutanasia, y no en los cuidados paliativos- asunto que podría investigarse más adelante-. Continuando con este punto, más adelante abordaré esta pregunta, pero debo hacerla en estos instantes: ¿por qué, cuando se habla de muerte digna, siempre se habla de la eutanasia y no de los cuidados paliativos?

Otra apreciación que surge de este recorrido es que en la historia de la eutanasia en Colombia siempre han estado presentes las demandas, sean o no en forma de tutela, comenzando por Eurípides Parra, continuando con el caso de la señora Julia, y después, con el de Sofía. La interrogante que se plantea es qué está indicando, dado que, más allá de recalcar que se cumplen los designios de la Constitución Política de Colombia al reconocerse como un Estado Social de derechos en el que la tutela, estos indicadores están manifestando que tanto el derecho a la vida y a la muerte digna son temas relevantes que se discuten y complejizan constantemente. De hecho, la razón por la que somos el primer país latinoamericano en despenalizar la eutanasia y el aborto - bajo determinadas condiciones- demuestra mucho del espacio político y judicial que se les da a temas que, como se mencionó, pueden ser considerados tabú.

Si se sintetiza lo encontrado en la investigación, se expondrá que cuando un médico afirma que no puede hacer algo por razones morales - objeción de conciencia, por ejemplo- no sólo está diciendo que, para él, el acto es falta de ética; está sobre todo afirmando que su integridad moral está en juego. Esta última frase es la que evidencian las entrevistas en las que los médicos recalcan que sus valores, principios o historias personales les impedían pensar de manera distinta, y es que se debe comprender que el profesional tiene unos valores o principios médula, es decir, fijos y bases sobre las que se construye más adelante con otras experiencias; también, se debe reconocer que esos valores médula son parte de su comprensión de quién es, esto es, que son parte integral de su autoconcepción o identidad personal, y, en esta vía toma sentido que muchos prefieran objetar conciencia dado que participar en ciertos actos incompatibles con esos valores médula los estarían confrontando a sí mismos, a sus historias, a sus sentimientos y experiencias.

Lo anterior es relevante porque la cotidianidad en la que se sumergen los médicos, dilemas morales son lo que más abunda. Martínez (2007) profundiza en este tema y brinda una reflexión importante al decretar que la medicina es una “empresa moral”, lo que obliga a que la toma de decisiones en medicina esté guiada por la consideración de las obligaciones para con los pacientes -más que por el propio interés del médico- y esté también informada por la ley, los valores éticos del profesional y del ciudadano y los estándares profesionales que integran al profesional en medicina. Lo anterior se resume en la idea de que los médicos “no deben ni actúan como meros técnicos que realizan servicios a la carta, sino que deben hacerlo como sujetos morales, anclados a una realidad que les exige una decisión, pero también, a una historia personal que les guía”. (Martínez, 2007, p. 220).

Esta investigación partió de conocer cuáles son esos valores, esas pequeñas o grandes historias que incitan a que una persona determine objetar conciencia- retomando los casos mencionados de la tutela-. Así, tal cual está escrita, esta interrogante fue en realidad el motor de esta investigación, porque, pese a que algunos medios de comunicación o personajes mediáticos tienden a radicalizar las posiciones entre “la eutanasia” como sinónimo de muerte digna vs. los médicos que objetan conciencia, lo cierto es que en este documento se pretendió conocer, a través de otras voces, cuál es el valor que tiene la eutanasia para los profesionales en medicina, así como cuál es la importancia de la objeción de conciencia y de cómo estas variables se relacionan con el ejercicio médico.

Concretando, la consigna final de este documento recae en reconocer primero, la humanidad de los médicos como seres que, contrario a algunas posiciones radicales de los titulares periodísticos, o a fundaciones que apoyan el derecho a la eutanasia; también poseen creencias, valores o principios que han sido construidos desde su infancia o en momentos específicos, los cuales, han enmarcado su visión de mundo, y con esto, su visión de la medicina y de su deber. Dialogar, seguir la rutina, e inclusive participar en clases de ética en la universidad Icesi fueron elementos que permitieron notar otra perspectiva donde, al igual que los pacientes, se afligen, angustian y sienten preocupación y tristeza por las personas con las que trabajan.

Lo mencionado porque un médico claramente es un ser humano, y como se definió durante el documento, también interactúa con otros grupos sociales, se comunica con los demás, aprende códigos, conceptos, categorías o teorías de la vida y los transforma con base en su experiencia, en sus pensamientos y sentimientos. Es en este enfoque con el que concluyo la pregunta sobre el estado de la eutanasia en Colombia, brindando herramientas como las entrevistas o entradas de campo donde más que encontrar posturas reacias a la eutanasia, encuentro aún con una persona tan religiosa como la Dra. Duna preocupación por el morir dignamente que la llevó a apoyarla aun cuando chocaba con sus valores, porque más que estar en contra por seguir con una corriente ideológica o religiosa, quienes no estaban a favor poseían argumentos y experiencias de peso para poder tener esa posición, como lo es el caso de la Dra. Z con la situación de sus padres, o la Dra. P , al tener que verse enfrentada con su cotidianidad frente a los diversos tipos de cáncer con los que trata en sus pacientes.

Ante lo anterior, se menciona un tema del que poco se profundizó – debido al objetivo del documento- pero que apareció protagonista en las variadas respuestas: El cuidado paliativo. Todos los médicos mencionaron que es un proceso invaluable que debe presentarse para que el paciente pueda tener una muerte digna. En este sentido, vale la pena reconocer que, aunque se tengan posiciones respecto a la eutanasia, ante el cuidado paliativo hay un consenso frente a su utilidad e importancia.

Finalmente, se recalca que la eutanasia continúa siendo en la actualidad un tema tabú que culturalmente se enfrenta al silencio, y que, en un contexto médico, parece tener una única voz: Es preferible el cuidado paliativo, en primera medida, y en segunda, se considera siempre que debe apreciarse la opinión y postura del profesional en medicina ante este proceso, debido a que la eutanasia al referirse directamente sobre la muerte revela un acto directo del profesional que puede ir en contravía con sus valores, creencias e historia. Se destaca que debe conocerse más sobre el aspecto de la eutanasia, mucho más que la interrogante por posturas dicotómicas como “¿Está a favor o en contra?” e ir a profundidad por las posturas e historias de vida de las personas para reconocer por qué sigue siendo en la actualidad un tema tabú, y por qué afecta con tanta fuerza a los individuos.

Por lo anterior, se considera que el estado de la eutanasia en Colombia debe contener más información sobre los casos en los que han sido solicitados, sobre el porcentaje de personas, el tipo de enfermedades, pero en este sentido, también debe brindar información sobre cómo es que deciden los médicos apoyar y trabajar con un concepto que, de entrada, genera conflicto con el juramento hipocrático y con la conceptualización de la vida como un valor sagrado que se les es enseñado en su carrera. La interrogante es cómo aplican la eutanasia siendo que es un proceso que pasó por la despenalización y que actualmente se encuentra reglamentado, pero poco practicado por la objeción de conciencia y por el tema de que moralmente es complejo para las personas.

Bibliografía

- Álvarez Bermúdez, J. (2002). Estudio de las creencias, salud y enfermedad. México: Trillas.
- Banchs, M. A. (1986). Concepto de representaciones sociales: análisis comparativo. *Revista costarricense de psicología*, 8(9), 27-40.
- Balduzzi, M., & Egle Corrado, R. (2010). Representaciones sociales e ideología en la construcción de la identidad profesional de estudiantes universitarios avanzados. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 12 (2), 65-83.
- Betancourt Betancourt, G. D. J. (2011). Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión bioética. *Humanidades Médicas*, 11(2), 259-273.
- Builes, S., & Norelly-Vasco, C. E. (2008). Representaciones sociales y discapacidad. *Hologramática-Facultad de Ciencias Sociales UNLZ*.
- CC: "Sentencia T-970 de 2014." Corte Constitucional de Colombia, 2014. URL: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm> (Consultado 24/ 05/ 2019)
- CC: "Sentencia C-239 de 1997." Corte Constitucional de Colombia, 1997. URL: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm> (Consultado 24/ 05/ 2019)
- CC: " Sentencia T-423 de 2017." Corte Constitucional de Colombia, 1997. URL: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-423-17.htm> (Consultado 24/ 05/ 2019)
- Resolución 1216 de 2015. Ministerio de salud. Colombia. 25 de abril de 2015.URL: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-muerte-anticipada.pdf> (Consultado 24/05/2019).
- Congreso de Colombia. (8 de septiembre de 2014) Artículo 4 [Título I]. Cuidados Paliativos. [Ley 1733 de 2014]. DO: 49.268
- Cardona, G. P., Cabal, A. N., & Zuluaga, C. (2010). El rol psicólogo en las políticas públicas acerca de la eutanasia. *Universidad del Bosque*, 10(2), 61-74.
- Della Porta, D., & Diani, M. (2011). *Los movimientos sociales* (Vol. 4). CIS.
- De Castro, M. P. R., Antunes, G. C., Marcon, L. M. P., Andrade, L. S., Rückl, S., & Andrade, V. L. Â. (2016). Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. *Revista Bioética*, 24(2).

Doise, W., Spini, D., & Clémence, A. (1999). Human rights studied as social representations in a cross-national context. *European journal of social psychology*, 29(1), 1-29.

Domínguez-Gutiérrez, S. (2006). Las representaciones sociales en los procesos de comunicación de la ciencia. In *Actas I Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovación CTS+ I* (pp. 19-23).

El Comercio. (2015). Eutanasia: ¿Quién es Ovidio González y por qué decidió morir?. 04/01/2019, de Periodico El Comercio Sitio web: <https://elcomercio.pe/mundo/latinoamerica/eutanasia-ovidio-gonzalez-decidio-morir-171960>

Fernández, A. V., Gutiérrez, J. S., & Quijano, M. C. (2015). Representaciones sociales sobre la homosexualidad en estudiantes heterosexuales de Psicología y de Biología: un estudio descriptivo. *Teoría y Crítica de la Psicología*, (3), 40-62.

Fernández, C (2015, 30 de junio). 'Decisión de negar la eutanasia a padre de Matador no fue capricho'. *El Tiempo*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16021402>

Farr, Robert M. "Escuelas europeas de psicología social: la investigación de representaciones sociales en Francia" en: *Revista mexicana de sociología* año XLV vol. XLV Instituto de Investigaciones Sociales/UNAM pp. 641-657.

Farr, R. (1986). Las representaciones sociales. En Moscovici, S. (Comp.), *Psicología Social, II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*, 495-506. España: Paidós.

Gempeler Rueda, F. E. (2015). Derecho a morir dignamente. *Universitas médica*, 56(2).

Gherardi, C. (1998). Encarnizamiento terapéutico y muerte digna. *Mitos y realidades. Medicina (Buenos Aires)*, 58, 755-762.

Gutiérrez-Samperio, C. (2001). La bioética ante la muerte. *Gac Med Mex*, 137(3), 269-276.

Henao, S. H. (2010). *Representaciones sociales del consumo de "drogas" y de las intervenciones respectivas en un contexto local: la Universidad de Antioquia en Medellín, Colombia* (Doctoral dissertation, Universidad de Granada).

Hollisch, G. (2014). Las representaciones sociales y las ideas previas de los alumnos. In *Congreso iberoamericano deficiencia, tecnología, innovación y educación*, Artículo (Vol. 406).

Jiménez, J. P. (2005). La espiritualidad, dimensión olvidada de la medicina. *Rev GPU*, 1, 92-101.

Jules, J. (03 de septiembre del 2018). Por objeción de conciencia aumentan pacientes que esperan eutanasia en Colombia. RcnRadio. Recuperado de <https://www.rcnradio.com/recomendado-del-editor/por-objecion-de-conciencia-aumentan-pacientes-que-esperan-eutanasia-en>

Jodelet Denise. (1988). La representación social. Fenómeno, concepto y teoría. Psicología social II. Editorial Paidós, Barcelona España.

Kushe, H. (2000). La eutanasia. Compendio de ética. Págs, 405-416.

Lázaro, A. M. (1994). Epistemología y representaciones sociales: concepto y teoría. Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología, 47(4), 409-419.

Lazo Cividanes, J. (2002). La ideología: de las representaciones sociales al poder simbólico. Politeia, (29), 39-61

López, O. G. (1981). El homicidio eutanásico. *Nuevo Foro Penal*, (10), 192-215.

López, M. (2007). Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales. Revista Universidad de Guadalajara.

Lozada, M. (1998) “Ideología y militancia: ¿fin del compromiso?” Revista Venezolana de Ciencia Política, n° 14, julio-diciembre.

Martínez, K. (2007). Medicina y objeción de conciencia. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 30(2), 215-223. Recuperado en 18 de febrero de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000300006&lng=es&tlng=es.

Maza Cabrera, M., Zavala Gutiérrez, M., & Merino Escobar, J. M. (2009). Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. Ciencia y enfermería, 15(1), 39-48.

Ministerio de Salud (2015). Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf>

Moscovici, S. (2000). Social representations. Explorations in Social Psychology. Polity Press, Cambridge.

Mori, V. D., & Rey, F. L. G. (2010). Las representaciones sociales como proceso subjetivo: un estudio de caso de hipertensión. *Revista cs*, 221-240.

Piña Osorio, J., & Cuevas Cajiga, Y. (2004). La teoría de las representaciones sociales: Su uso en la investigación educativa en México. *Perfiles educativos*, 26(105-106), 102-124.

Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 1(2).

Nación (2015, 306, 30). No aguanto ni quiero más cosas, no quiero más tortura”: padre de 'Matador. *Semana*. Recuperado de <http://www.semana.com/nacion/articulo/el-papa-de-matador-ovidio-gonzalez-habla-sobre-su-enfermedad/433095-3>

Palmonari, A. (1998) Conferencia sobre representaciones sociales. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, UdeG, 2 de abril.

Peña, L., & Ausín, F. J. (1998). Derecho a la vida y eutanasia:¿ acortar la vida o acortar la muerte?. *Anuario de filosofía del derecho*, (15), 13-30.

Reyes, P. A., & Delong-Tapia, R. D. C. (2010). Algunos dilemas éticos en la práctica médica. *Archivos de cardiología de México*, 80(4), 338-342.

Redacción política. (29 de julio de 2015). Objeción de conciencia para aborto, eutanasia y reclutamiento. *El Espectador*. Recuperado de <https://www.elespectador.com/noticias/politica/objecion-de-conciencia-aborto-eutanasia-y-reclutamiento-articulo-575838>

Saldaña, R. (2002). *David Hume: Del suicidio y De la inmortalidad del alma*. México, Océano. pp. 208.

Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, P. B., & Pérez, M. D. L. L. C. (2014). *Metodología de la investigación* (Vol. 1). México: Mcgraw-hill.

Tasset, J. L. (1992). Suicidio y fiesta Del yo. El suicidio como transgresión moral definitiva. A propósito de “on suicide” de David Hume

Umaña, S. A. (2002). Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. Flasco (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales).

Vera Carrasco, Oscar. (2013). ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN EL ACTO MÉDICO. *Revista Médica La Paz*, 19(2), 73-82. Recuperado en 31 de marzo de 2019, de

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582013000200010&lng=es&tlng=es.

Villarroel, G. E. (2007). Las representaciones sociales: una nueva relación entre el individuo y la sociedad. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 17(49).

Villarreal Cantillo, E., & Visbal Illera, G. (2013). Dilemas éticos. *Salud Uninorte*, 29 (1), 113-123.

Vilches, L. (2001). Sobre la eutanasia. *Revista de Psicología*, 10(1), pág-177.

Díaz, A. (2017). La despenalización de la eutanasia en Colombia: contexto, bases y críticas. *Revista de Bioética y Derecho*, (40), 125-140.