



REVISTA DE FILOSOFÍA

Universidad del Zulia
Facultad de Humanidades y Educación
Centro de Estudios Filosóficos
"Adolfo García Díaz"
Maracaibo - Venezuela

N°105
2023 - 3
Julio - Septiembre

Abordaje bioético de la Limitación del Esfuerzo Terapéutico y Encarnizamiento Terapéutica en Colombia

Bioethical approach to the Limitation of Therapeutic Effort and Therapeutic Incarnation in Colombia

Camilo Andrés Vargas Machado¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0993-358X>

Universidad Cooperativa de Colombia – Santa Marta - Colombia

camilo.vargasma@campusucc.edu.co

Resumen:

El presente artículo es el resultado final de una investigación cualitativa con enfoque hermenéutico y apoyo en una matriz de revisión documental, desarrollada entre los años 2020 a 2022 en la que se abordó en forma multi e interdisciplinar el derecho a morir dignamente, que permitió comparar elementos presentes en una selección de ciento diez fallos judiciales de tres altas corte del Estado Colombiano, de lo cual se depuraron y seleccionaron tres Sentencias: C-239 de 1997, T-970 de 2014, y, T-60 de 2020, de la Corte Constitucional de Colombia y normatividad y regulación aplicable. Efectuando una cotejo y paralelo, del cual se obtuvo la presencia de las posturas filosóficas de cuatro autores: E, Levinas, E, Mounie, T, Beauchamp y J Childress; conceptualizando en forma emergente dos conceptos de: Limitación del Esfuerzo Terapéutico y Encarnizamiento Terapéutica. Estos concluyentes conceptos se observaron confrontados y contrapuestos, pero soportados para su clasificación en los cuatro principios bioéticos de la corriente principialista de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Obteniendo resultados desde los cuales se presenta recomendaciones y conclusiones que son desafíos a confrontar como: la falta de acceso a cuidados paliativos de calidad, mejorar la educación y formación adecuada para profesionales de la salud sobre el consentimiento informado y la toma de decisiones compartidas, y la necesidad de que los Estados y las Naciones de los distintos países promuevan los cuatros principios mencionados a través de varias medidas concretas, con orientación ético deontológico, centrándose respeto por los derechos fundamentales y la dignidad y responsabilidad.

Palabras clave:

Limitación del Esfuerzo Terapéutico, Encarnizamiento Terapéutico, Paciente, Principio de autonomía.

Recibido 15-04-2023 – Aceptado 14-07-2023

Abstract:

This article is the final result of a qualitative research with a hermeneutic approach and support in a documentary review matrix, developed between 2020 and 2022 in which the right to die with dignity was addressed in a multi and interdisciplinary way, which allowed comparing elements present in a selection of one hundred and ten judicial rulings from three high courts of the Colombian State, from which three Judgments were purged and selected: C-239 of 1997, T-970 of 2014, and, T-60 of 2020,

¹ Miembro del Grupo de Investigación UCCIDERGRUP. Doctorando en Bioética por la UMNG; Magister en Ciencia Política y Magister en Ciencia Política, Paz e Integración de los Pueblos. Especialista en DD.HH. y mecanismos internacionales de protección, especialista en gestión ambiental y desarrollo comunitario, especialista conducción y administración, especialista en administración de recursos para la defensa nacional.

of the Court Constitution of Colombia and applicable norms and regulations. Carrying out a comparison and parallel, from which the presence of the philosophical positions of four authors was obtained: E, Levinas, E, Mounie, T, Beauchamp and J Childress; conceptualizing in an emergent way two concepts of: Limitation of Therapeutic Effort and Therapeutic Determination. These conclusive concepts were observed confronted and opposed, but supported for their classification in the four bioethical principles of the principlialist current of autonomy, beneficence, non-maleficence and justice. Obtaining results from which recommendations and conclusions are presented that are challenges to confront such as: the lack of access to quality palliative care, improve education and adequate training for health professionals on informed consent and shared decision making, and the need for the States and Nations of the different countries to promote the four principles mentioned through various concrete measures, with an ethical-deontological orientation, focusing on respect for fundamental rights and dignity and responsibility.

Keywords:

Limitation of Therapeutic Effort, Therapeutic Dedication, Patient, Autonomy

Introducción

Este documento se enfocó en el estudio del concepto de la limitación del esfuerzo terapéutico, el cual puede definirse como un término esgrimido en el ámbito de las ciencias de salud para referirse a la decisión de limitar o interrumpir un tratamiento médico que prolonga la vida de un Paciente en situación de enfermedad terminal o avanzada, cuando se considera que el esfuerzo terapéutico ya no es beneficioso o solo provoca un sufrimiento innecesario². En otras palabras, la limitación del esfuerzo terapéutico se refiere a la decisión que se toma de acuerdo a evidencias médicas, de no continuar con tratamientos que no mejorarán la condición del Paciente y solo prolongarán su sufrimiento sin ofrecer una cura o una mejor calidad de vida en el Paciente. Por lo cual, la limitación del esfuerzo terapéutico puede tener aplicación en dos situaciones, donde se discurre que: a) el Paciente está en una fase terminal de la enfermedad, o; b) el tratamiento ya no ofrece ningún beneficio significativo³ al Paciente.

En este sentido, este escrito quiere plantear que la limitación del esfuerzo terapéutico no significa que se abandone al Paciente, sino que se toman decisiones deliberadas y cuidadosas para mejorar su calidad de vida, precisamente al final de ella. Brindando alivio del dolor y también una atención centrada en el Paciente ⁴, en el bienestar emocional y espiritual de este mismo. De tal manera que la limitación del esfuerzo terapéutico es una decisión difícil y compleja, la cual se debe tomar después de una cuidadosa evaluación de la situación del Paciente por parte de los profesionales de la salud competentes y en consulta con su familia⁵, lo que luego desemboca en la ejecución de un acto médico⁶.

² DE LA TORRE, Francisco; MADRIGAL, Santiago, *La limitación del esfuerzo terapéutico*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2006, página 156-157.

³ VERA, Oscar, La adecuación del esfuerzo terapéutico en medicina crítica y terapia intensiva, *Revista médica la paz*, vol.25, No.2, 2019, Páginas 78-79.

⁴ HEATH, Iona; BERGER, John, *Ayudar a morir*, Katz Editores, Buenos Aires, 2008, 126 páginas.

⁵ KROEGER, Axel, *Atención primaria de salud: principios y métodos*, Ed. Pax, México D.F., 1987, páginas 87-91.

⁶ VARGAS, Camilo, "El Acto Médico Situado en la Región Latinoamericana", *Frónesis*, Vol.29, N°3, 2022, páginas 205-2008.

Como se observa, la anterior conceptualización se promueve desde la corriente biomédica, de la medicina centrada en el Paciente ⁷, la cual ha generado un concepto antagonista al de limitación del esfuerzo terapéutico, que es el encarnizamiento terapéutico, igualmente conocido con los términos de "*futilidad terapéutica*" o "obstinación terapéutica"⁸. Concepto y términos que aglomeran las situaciones que se presentan en la práctica médica cuando se continúa con el tratamiento médico de un Paciente gravemente enfermo o en fase terminal, a pesar de que la probabilidad de éxito es muy baja, misma razón por la que el tratamiento ya no ofrece un beneficio significativo para el Paciente ; en otras palabras, el encarnizamiento terapéutico se refiere a una decisión de prolongar el tratamiento médico de un Paciente ⁹, donde no se tiene en cuenta su sufrimiento o su calidad de vida, sino solo enfocado en la prolongación de su vida. Situación donde inclusive, se puede presentar que los procedimientos del tratamiento médico sean contrarios a la voluntad del Paciente o su familia¹⁰.

En esta discrepancia entre los dos conceptos, el primero: la limitación del esfuerzo terapéutico y el segundo: el encarnizamiento terapéutico, se abordó a partir de la revisión del estado del arte de ambos, con lo cual se fijó que el primer concepto es positivo y beneficioso para el Paciente, pero, en sentido reverso, el segundo concepto es negativo y perjudicial para el Paciente ¹¹. Lo que se origina porque el segundo concepto; el encarnizamiento terapéutico crea un espectro de situaciones y riesgos que abren posibles resultados negativos para el Paciente y por ello, para su familia. Un posible evento se presenta en el aumento del dolor y el sufrimiento, la reducción de su calidad de vida, la pérdida de la capacidad de tomar decisiones informadas sobre su propio tratamiento y la prolongación necesaria del proceso de morir. En cambio, la limitación del esfuerzo terapéutico busca todo lo contrario. Por esta razón, es significativo tener en cuenta que el encarnizamiento terapéutico no es lo mismo que la aplicación de tratamientos agresivos o la búsqueda de opciones de tratamiento innovadoras y arriesgadas, lo cual puede ser conveniente para el Paciente, siempre y cuando se tomen decisiones informadas y respetando la autonomía del Paciente ¹² y de su calidad de vida. En contrario, el encarnizamiento terapéutico, en cambio, se refiere a una práctica médica inapropiada que no beneficia al Paciente y solo prolonga su sufrimiento, donde puede perderse también su dignidad¹³.

Ahora bien, la principal diferencia entre la limitación del esfuerzo terapéutico y el encarnizamiento terapéutico es que el primer concepto se refiere a la decisión médica de no

⁷ SACRISTÁN, José; NÚÑEZ-CORTÉS, Jesús; GUTIÉRREZ, José, *Medicina centrada en el Paciente : reflexiones a la carta*, Fundación Lilly, Madrid, 2018.

⁸ SÁNCHEZ, Miguel, *Bioética En Ciencias de la Salud*, Elsevier, Barcelona, 2021, Página 271.

⁹ JIMÉNEZ-TORRES, Víctor, *Calidad farmacoterapéutica*, Universitat de València, Valencia, 2006, Página 158

¹⁰ DE LA TORRE, Francisco; MADRIGAL, Santiago, *La limitación del esfuerzo terapéutico*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2006, página 7.

¹¹ HOSPITAL CLÍNICA DE BARCELONA y FUNDACIÓN BBVA, *Libro de la salud del Hospital Clínica de Barcelona y la Fundación BBVA*, HCB y Fundación BBVA, Barcelona, 2007, página 107.

¹² ZURRO, Amando; CANO, Juan; GENÉ, Joan, *Atención Primaria. Principios, Organización Y Métodos En Medicina de Familia*, Elsevier Health Sciences, Barcelona, 2019, página 45.

¹³ MONTES, Luis; MARÍN, Fernando; PEDRÓS, Fernando, *Qué hacemos por una muerte digna*, Ediciones AKAL, Madrid, 2012, Páginas 12-14.

continuar con tratamientos que no mejorarán la condición del Paciente y solo prolongarán su sufrimiento sin ofrecer una cura o una mejor calidad de vida, mientras que la segunda, se refiere a la práctica médica de continuar con tratamientos que son ineficaces, dolorosos y costosos, sin ofrecer un beneficio real para el Paciente ¹⁴. Por lo tanto, la limitación del esfuerzo terapéutico se presenta cuando el tratamiento médico ya no ofrece un beneficio significativo para el Paciente, como en casos de enfermedad terminal o avanzada. Por eso, es una decisión cuidadosa y deliberada que se toma para mejorar la calidad de vida del Paciente y ofrecer alivio del dolor y una atención centrada en el Paciente y su bienestar emocional y espiritual¹⁵. En contraste, el encarnizamiento terapéutico ocurre cuando los médicos se encuentran con el tratamiento médico incluso cuando se sabe que el tratamiento no ofrece un beneficio significativo al Paciente, como en casos de enfermedad terminal en fase avanzada o donde el tratamiento causa más dolor y sufrimiento que beneficio para el Paciente, lo que puede implicar un sufrimiento superfluo y una disminución de la calidad de vida del Paciente. En consecuencia, la limitación del esfuerzo terapéutico es una decisión médica responsable que se toma para mejorar la calidad de vida del Paciente, mientras que el encarnizamiento terapéutico es una práctica médica inapropiada que prolonga el sufrimiento del Paciente sin ofrecer un beneficio real¹⁶.

De este modo, aunque la limitación del esfuerzo terapéutico y el encarnizamiento terapéutico son decisiones médicas muy diferentes que pueden tomar profesionales de la salud, ambos conceptos se refieren a la toma de decisiones con respecto a los tratamientos médicos en Pacientes que están en situaciones de enfermedad avanzada o terminal¹⁷, razón por la cual se pueden mencionar tres similitudes entre estos conceptos, las cuales son: a) ambos conceptos se aplican a Pacientes con enfermedades avanzadas o en fase terminal; b) en uno y otro concepto, se trata de decisiones médicas que se toman para mejorar la calidad de vida del Paciente -aunque en el encarnizamiento terapéutico esto no siempre se cumple; c) en los dos conceptos se requiere una evaluación cuidadosa y una discusión en equipo entre los profesionales de la salud y los miembros de la familia o personas cercanas al Paciente.

Sin embargo, a pesar de las tres similitudes mencionadas, la diferencia clave entre estos dos conceptos radica en la decisión médica que se toma, ya que mientras que la limitación del esfuerzo terapéutico es una decisión responsable y deliberada de no continuar con tratamientos que no mejorará la condición del Paciente, el encarnizamiento terapéutico se refiere a la práctica médica inapropiada de continuar con tratamientos que son ineficaces, dolorosos y costosos, sin ofrecer un beneficio real para el Paciente.

¹⁴ GUTIÉRREZ, César, "¿Qué es el encarnizamiento terapéutico?", *Cirujano general*, Vol.38, No.3, 2016, pagina 121.

¹⁵ BERNADÁ, Mercedes y NOTEJANE Martín, "Planificación avanzada del cuidado y adecuación del esfuerzo terapéutico en pediatría. Fundamento y procedimiento", *Archivos de Pediatría del Uruguay*, Vol.93, No.1, 2022, Páginas 3-5.

¹⁶ REYES, Gilberto, "Un dilema ético actual: ¿Ensañamiento terapéutico o adecuación del esfuerzo terapéutico?", *Revista Médica Electrónica*, Vol.39, No.4, 2017, Pagina 977.

¹⁷ BETANCOURT, Gilberto, "Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión bioética", *Humanidades Médicas*, Vol.11, No.2, 2011, Paginas 261-265.

Pensemos, por ejemplo, en un Paciente que tiene una enfermedad de cáncer avanzada que ya no responde al tratamiento y sufre mucho dolor, escenario en el cual, la limitación del esfuerzo terapéutico significaría que, el equipo médico decide detener los tratamientos ineficaces y dolorosos que solo prolongarán su sufrimiento sin ofrecer un beneficio real. De hecho, en lugar de eso, los profesionales de la salud, se enfocarían en proporcionar cuidados paliativos para controlar su dolor y otros síntomas, mejorando su calidad de vida y permitiendo que el Paciente muera de manera digna y sin sufrimiento innecesario. Por otro lado, si el equipo médico decide continuar con tratamientos que son ineficaces y dolorosos, sin ofrecer un beneficio real al Paciente, esto se clasificaría como un encarnizamiento terapéutico. De la misma manera que, si a ese Paciente se le continúa administrando quimioterapia, en esa etapa del cáncer, aunque se sabe que la quimioterapia no puede curar la enfermedad ni mejorar su calidad de vida.

Así, teniendo el caso de un Paciente con una enfermedad avanzada e incurable en la actualidad como lo es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), la diabetes avanzada, el cáncer desarrollado o la enfermedad de Crohn, el concepto de la limitación del esfuerzo terapéutico puede implicar el decidir no realizar procedimientos médicos invasivos o intensivos, como la reanimación cardiopulmonar, si el Paciente sufre una parada cardíaca o respiratoria. Por ello, el esfuerzo médico se centrará en proporcionar cuidados paliativos y terapias para controlar su dolor y otros síntomas, y no en un tratamiento que tendrá poca eficiencia, mejorando su calidad de vida, para permitir que el Paciente muera de manera digna y sin sufrimiento innecesario. En síntesis, la limitación del esfuerzo terapéutico consiste en tomar decisiones responsables y cuidadosas de no continuar con tratamientos inútiles y dolorosos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del Paciente y permitir que muera de manera digna¹⁸. En contraste, el encarnizamiento terapéutico, es una práctica médica inadecuada donde se persiste con tratamientos inútiles y dolorosos, que solo prolongan el sufrimiento del Paciente, sin ofrecer ningún beneficio real. A todo esto, el encarnizamiento terapéutico en este caso implicaría la práctica de continuar con terapias intensivas e invasivas, incluso cuando el pronóstico del Paciente es muy desfavorable, y se sabe que dichas terapias no mejorarán su estado de salud¹⁹. En cambio, la limitación del esfuerzo terapéutico orienta la decisión de interrumpir los tratamientos dolorosos y poco efectivos que puedan extender el dolor o producirlo en el Paciente, pero de los que se sabe, no se tendrá un beneficio real.

En relación a lo anterior, las dos similitudes entre estos dos conceptos radican en: a) la evaluación cuidadosa de la situación médica del Paciente, y, b) la discusión en equipo entre los profesionales médicos y las personas cercanas al Paciente. Por lo cual, como se presenta la similitud entre la limitación del esfuerzo terapéutico y el encarnizamiento terapéutico radica en la importancia de tomar decisiones informadas y cuidadosas sobre los tratamientos médicos que se garantizan a los Pacientes. Donde, en ambos casos, se requieren tres elementos: a) una evaluación metódica de la situación médica del Paciente; b) la comunicación efectiva entre los miembros del equipo médico y los Pacientes y sus

¹⁸ GÓMEZ, Marcos, *Morir en paz: Los últimos días de vida*, Editorial El Manual Moderno, México D.F., 2017, Páginas 11-16.

¹⁹ ARAMINI, Michele, *Introducción a la bioética*, Editorial San Pablo, Bogotá, 2007, página 332.

familiares; y, c) la consideración de los beneficios y riesgos de los tratamientos en cuestión para determinar la mejor manera de garantizar una atención médica efectiva y humana.

1. La doctrina probable sobre la limitación del esfuerzo terapéutico en Colombia

Sobre los dos conceptos mencionados, al revisar las dos clases de “*precedentes judiciales*”²⁰ en la jurisprudencia que ha emitido hasta el año 2022, las cinco cortes de cierre que tiene la República de Colombia, las cuales son: la “*Corte Constitucional*”; el “*Consejo de Estado*”; la “*Corte Suprema de Justicia*”; el “*Consejo Superior de la Judicatura*”; y, la “*Comisión Nacional de Disciplina Judicial*”²¹. Se observó que solo dos de las mencionadas “*Altas Cortes*” han emitido fallos judiciales que desarrollan y conceptúan la limitación del esfuerzo terapéutico y el encarnizamiento terapéutico.

Sobre lo cual, es oportuno decir que en el caso colombiano los “*precedentes judiciales*” pueden ser de dos tipos; los primeros, los que prorrumpen la Corte Constitucional, como se determinó en la Sentencia C-104²² y los del segundo tipo, los que emiten los restantes Tribunales y Juzgados -intrínsecamente-, de acuerdo con la distribución jurisdiccional del Estado Social de Derecho colombiano²³, tal como se determinó en la Sentencia C-836²⁴. Empero, en seguida se describen dos precedentes judiciales del primer tipo de la Corte Constitucional de Colombia, que desarrollan los dos conceptos mencionados anteriormente.

Antes que nada, es sustancial precisar que la Corte Constitucional de Colombia, incluye letras en los nombres de sus fallos jurisprudenciales, como en el caso de sentencia que resuelven casos de acciones de inconstitucionalidad que se muestran con la letra C, por ejemplo, al observar un fallo que se muestra como: 'Sentencia C'; se refiere a una sentencia que decide una demanda de inconstitucionalidad. O, así podemos tener una sentencia: 'Sentencia T'; donde la letra T representa que la sentencia es un fallo donde la Corte resuelve una acción de tutela. De tal manera que la Corte Constitucional resolvió circunscribir las sentencias con letras para permitir que sea más fácil la consulta²⁵, la búsqueda, el archivo y el uso posterior de su jurisprudencia.

Expresado lo anterior, en primera medida, en la Sentencia T-970 la aludida Corte Constitucional colombiana se destacó que, la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico debe

²⁰ CONTRERAS, Jorge, "El precedente judicial en Colombia: Un análisis desde la teoría del derecho", *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, Vol.41, No.115, 2011. Páginas 333-334.

²¹ Asamblea Nacional Constituyente, *Constitución Política de Colombia*, Congreso Colombia, Bogotá D.C., 1991, Artículos 234, 236, 241, 257,

²² Sentencia C-104, Corte Constitucional de Colombia, Proceso No.D-164, Magistrado Ponente: MARTINEZ, Alejandro, Bogotá, 1993.

²³ CONTRERAS, Jorge, "El precedente judicial en Colombia: Un análisis desde la teoría del derecho", Páginas 336-338.

²⁴ Sentencia C-836, Corte Constitucional de Colombia, Expediente D-3374, Magistrado Ponente: ESCOBAR-GIL, Rodrigo, Bogotá, 2011.

²⁵ Corte Constitucional, Atención al ciudadano, Corte Constitucional de Colombia, Bogotá D.C., 2023. Consultado en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/preguntasfrecuentes.php>

ser tomada en conjunto con el Paciente y sus familiares, razón por la que se deben considerar las características individuales del Paciente y las circunstancias médicas del caso. A causa de lo cual, en esta correspondencia se señaló que, la limitación del esfuerzo terapéutico debe estar basada en el respeto a la “*dignidad humana*”²⁶ y la protección de los derechos fundamentales de los Pacientes²⁷. Consecuentemente, se observa que en la Sentencia T-970, la Corte Constitucional explico que los Médicos tienen la concurrencia de ofrecer tratamientos efectivos, pero sobre todo humanos, ya que no se deben someter a los Pacientes a terapias que no tienen ningún beneficio médico o terapéutico²⁸. Por ende, esta sentencia establece que la limitación del esfuerzo terapéutico es un derecho del Paciente y que los médicos tienen la obligación de respetarlo. Igualmente, el fallo judicial señala que la limitación del esfuerzo terapéutico debe ser un proceso cuidadoso y reflexivo, que incluye la participación del Paciente y su familia, en el cual se deben considerar las preferencias, creencias y valores del Paciente ²⁹.

Por otro lado, en la misma sentencia la Corte Constitucional destaca que el encarnizamiento terapéutico puede ser una forma de violencia contra y frente a los Pacientes, ya que se les somete a tratamientos inútiles que les causan sufrimiento y dolor. En consecuencia, se instituye como “*doctrina probable*”³⁰ que el encarnizamiento terapéutico es contrario a la ética médica y a los derechos fundamentales del Paciente ³¹.

Lo cual se relaciona directamente con el segundo precedente constitucional notorio en la Sentencia C-239, donde se reconoció el “*derecho de los Pacientes a la dignidad*” y a “*morir con dignidad*”³². Por añadidura, este es un precedente judicial del primero tipo, por medio del cual la Corte Constitucional indicó que los Pacientes tienen derecho a que se les respete su autonomía y su derecho a tomar decisiones informadas sobre su tratamiento médico, pero también, subrayó que la limitación del esfuerzo terapéutico puede ser necesaria para proteger: la integridad física, la dignidad humana y el bienestar psicológico de los Pacientes³³. Por lo tanto, esta sentencia estableció que el derecho a la vida incluye el derecho a una muerte digna y que los Pacientes tienen derecho a recibir los cuidados necesarios para aliviar su sufrimiento. Sumado a ello, también reconoció que los médicos tienen el deber de proporcionar los cuidados necesarios para preservar la vida de los Pacientes, pero que los Profesionales de la salud no están obligados a prolongarla indefinidamente. Por este motivo, la Corte Constitucional expuso que en casos de enfermedades terminales o situaciones en las que el tratamiento médico es inútil, los

²⁶ Asamblea Nacional Constituyente, Constitución Política de Colombia, Congreso Colombia, Bogotá D.C., 1991, Artículos 1°.

²⁷ Sentencia T-970, Corte Constitucional de Colombia, Expediente T-4.067.849, Magistrado Ponente: VARGAS, Luis, Bogotá, 2014.

²⁸ Sentencia T-970 de 2014.

²⁹ Sentencia T-970 de 2014.

³⁰ SANTOFIMIO, Jaime, La fuerza de los precedentes administrativos en el sistema jurídico del derecho positivo colombiano, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2010, Páginas 12-14.

³¹ Sentencia T-970 de 2014.

³² Sentencia C-239, Corte Constitucional de Colombia, Expediente D-1490, Magistrado Ponente: GAVIRIA, Carlos, Bogotá, 1997, Páginas 3, 5, 7, 8, 10, 17.

³³ Sentencia C-239 de 1997.

médicos pueden limitar el esfuerzo terapéutico y no están obligados a proporcionar tratamientos que sean inútiles, dolorosos o invasivos.

Asimismo, la Sentencia C-239 instauró que el encarnizamiento terapéutico, se presenta por la excesiva o inadecuada aplicación de tratamientos médicos, que pueden llevar a comprobar que se viola el derecho a una muerte digna y puede ser considerado una forma de maltrato. En tal dicción, la Sentencia funda que los Médicos tienen el deber de proporcionar los cuidados necesarios para preservar la vida de los Pacientes, pero que no están forzados a prolongarla indefinidamente, en casos en los que el tratamiento médico es infructuoso o causa más sufrimiento que beneficio para el Paciente. Asimismo, la Sentencia C-239 reconoce y examina la muerte digna como un derecho, a causa de lo cual, los Médicos pueden limitar el esfuerzo terapéutico cuando se presenten casos como: a) Pacientes con enfermedades terminales; b) situaciones en las que el tratamiento médico es inútil para el Paciente; y, c) situaciones en las que el tratamiento médico provoca más sufrimiento que beneficio en el Paciente³⁴. A su vez, esta misma Sentencia decide que si se dan las dos últimas mencionadas situaciones se podría calificar un caso de "*ensañamiento terapéutico*", debido a que esta doctrina lo define como: la prolongación innecesaria de la vida de un Paciente en contra de su voluntad y su interés³⁵.

Lo precedentemente indicado tiene base y está en línea con los planteamientos de la corriente de pensamiento personalista del filósofo francés Emmanuel Mounie, el cual se encamina en la dignidad y valor de toda persona humana como ser único e irrepetible de valor intrínseco que debe ser respetado y protegido. Por ende, desde el pensamiento de E. Mounie, la persona humana es el centro de la sociedad y por esta conciencia la dignidad humana debe ser protegida por encima de cualquier otra consideración, lo que es una perspectiva que valora la subjetividad y singularidad de la experiencia humana, que se opone a una visión objetivista y reduccionista³⁶.

Por consiguiente, las dos sentencias mencionadas (*Sentencias C-239 y T-970*) fijan la jurisprudencia de la Corte Constitucional en Colombia que reconoce la importancia de la limitación del esfuerzo terapéutico y la prevención del encarnizamiento terapéutico, destacado la importancia de considerar las características individuales de cada Paciente y las circunstancias médicas del caso para tomar decisiones informadas y decidir sobre los cuidados del tratamiento médico que se proporciona, como una forma de proteger la dignidad y los derechos fundamentales de los Pacientes.

Sumando a lo dicho, la Sentencia T-060, estableció pautas para garantizar que se respeten los derechos de los Pacientes en estado vegetativo o de mínima conciencia y se promueva una atención médica ética y humanitaria a estos, correspondencia en la cual se precisó que los Médicos pueden hacer uso de la limitación del esfuerzo terapéutico, solo si se respetan los derechos del Paciente y se garantiza una atención integral que incluya

³⁴ Sentencia C-239 de 1997

³⁵ Sentencia C-239 de 1997.

³⁶ MOUNIER, Emmanuel, *El Personalismo*, El Búho, Bogotá, 1984.

cuidados paliativos al Paciente y el apoyo emocional a la familia³⁷. Conjuntamente, la sentencia también hizo referencia al concepto de encarnización terapéutica estableciendo que es inaceptable que un proceso o procedimiento médico puede asociarse a esta práctica, cuando las evidencias, instrumentos y sistemas permiten conocer que los Pacientes no pueden recuperar su calidad de vida y que se encuentran en situación de sufrimiento y dolor innecesario³⁸. Lo que por cierto se orienta con las reflexiones del filósofo lituano Emmanuel Levinas sobre la ética y la responsabilidad hacia el otro, ya que este sostuvo que la vida humana es sagrada y que se debe respetar la dignidad de cada persona, incluso cuando esta se encuentra en una situación de sufrimiento y enfermedad³⁹, como es el caso de una persona que padezca una enfermedad terminal. Así las cosas, E, Levinas esbozó que el encuentro con el otro es el momento fundamental de la ética y se debe actuar en consecuencia, lo cual desde la jurisprudencia constitucional referida se recoge para proponer que se impida el encarnizamiento terapéutico y se promueva la limitación del esfuerzo terapéutico cuando sea necesario para preservar la dignidad y el respeto hacia la persona enferma.

En consecuencia, dentro de la investigación cualitativa ejecutada que se presenta en este artículo, se elaboró un análisis hermenéutico con apoyo en una matriz de verificación documental, que permitió comparar los elementos presentes en ciento diez sentencias de la jurisprudencia mencionada, como lo son las obritas de las decisiones, las razones de la decisión, los salvamentos de votos y las aclaraciones de voto de las Sentencias estudiadas. De lo cual se obtuvo que los cuatro elementos analizados tienen base en argumentos bioéticos con orientación interdisciplinaria y no solamente jurídica, ya que se encauzan aspectos éticos y morales relacionados con la práctica de la medicina, con enfoque ético deontológico, los cuales se centran principalmente en el respeto por los derechos fundamentales y la dignidad de los Pacientes, así como en la responsabilidad moral de los profesionales de la salud.

También se encontró que la Corte Constitucional de Colombia argumentó y orientó sus decisiones desde la teoría de la justicia, y en especial en el tópico de la distribución equitativa de los recursos en el campo de la salud. Dicho sea de paso, que los elementos revisados en las Sentencias seleccionadas se pueden asociar sobre la corriente bioética principialista, en la tendencia estadounidense surgida en el año 1970, con un enfoque biomédico, al considerar la aplicación de los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, los cuales había explicado C, Vargas⁴⁰, y que podrían permitir al cuerpo del personal sanitario a tomar de decisiones sobre dilemas éticos que se producen en la práctica de las personas enfermas, lesionadas o convalecientes. A todo esto, se determinó que la limitación del esfuerzo terapéutico y el encarnizamiento terapéutico

³⁷ Sentencia T-060. Corte Constitucional de Colombia, Expediente T-7.563.419, Magistrado Ponente: ROJAS, Alberto, Bogotá D.C., 2020.

³⁸ Sentencia T-544 de 2015.

³⁹ LÉVINAS, Emmanuel, *El tiempo y el otro*. Trad. Félix Duque. Paidós Ibérica. Barcelona. 1993, 139 páginas.

⁴⁰ VARGAS, Camilo, "Tendencias y principios en las corrientes bioéticas", *Revista Colombiana de Bioética*, Vol. 16, No. 2, 2021, páginas 7-10.

tienen una clara relación con la teoría de la justicia, ya que ambas cuestiones están relacionadas con la distribución equitativa de los recursos médicos y la atención sanitaria.

Así que, desde la corriente bioética principialista en la tendencia norteamericana, la limitación del esfuerzo terapéutico busca evitar el uso excesivo e insuficiente de recursos médicos en Pacientes terminales o en situaciones sentido en las que el tratamiento no tiene posibilidades razonables de éxito, permitiendo así que esos recursos sean utilizados para otros Pacientes que puedan afectar más de ellos. Por su parte, el encarnizamiento terapéutico, al prolongar innecesariamente el sufrimiento de un Paciente en situaciones similares, puede requerir una forma de injusticia, al impedir que los recursos sean utilizados de manera más eficaz y justa para otros Paciente s.

En vista de ello, se puede expresar que existe una relación entre la limitación del esfuerzo terapéutico, el encarnización terapéutico y la teoría de la justicia, pues desde la perspectiva de la bioética y la filosofía política, autores como los filósofos estadounidenses T, Beauchamp y J, Childress, explican que los principios bioéticos de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia son fundamentales en la toma de decisiones clínicas⁴¹. En este contexto, la limitación del esfuerzo terapéutico busca promover el principio bioético de justicia en la distribución de los recursos de atención médica, mientras que el encarnizamiento terapéutico se muestra como una forma de injusticia, al prolongar el sufrimiento del Paciente desconociendo los principios de beneficencia y no maleficencia, al impedir que los recursos sean utilizados de manera más efectiva y justa, de acuerdo a las definiciones generadas hace cinco décadas por Beauchamp y Childress.

También se encontró que el marco ético de la limitación del esfuerzo terapéutico y el encarnizamiento terapéutico, está basado en los mismo cuatro principios propuesto por los dos filósofos señalados: autonomía; beneficencia; no maleficencia y justicia⁴². Así mismo se determinó la presencia ética de la alteridad y la responsabilidad hacia el otro⁴³ del filósofo lituano Emmanuel Levinas; dos conceptos que destacan la necesidad de considerar a los Pacientes como seres humanos únicos y autónomos con su propia subjetividad⁴⁴ y dignidad. De tal menara, que la Corte Constitucional Colombiana parece recoger la afirmación de Levinas en cuanto a que la “*vida humana es sagrada*”⁴⁵ y que se debe respetar la dignidad de cada persona⁴⁶, incluso cuando esta se encuentra en una situación de sufrimiento y enfermedad. Esta afirmación se soporta, por cuanto que para Levinas, el encuentro con el otro es el momento fundamental de la ética y se debe actuar en consecuencia, por esto teniendo como base el pensamiento de este filósofo, se debe actuar impidiendo el

⁴¹ BEAUCHAMP, Tom & CHILDRESS, James, *Principios de ética biomédica*. Madrid, Masson, 1999, Páginas 112-115.

⁴² BEAUCHAMP & CHILDRESS.

⁴³ LÉVINAS, Emmanuel, *El tiempo y el otro*. Trad. Félix Duque. Paidós Ibérica. Barcelona. 1993, 139 páginas.

⁴⁴ LÉVINAS, Emmanuel. *Humanismo del otro hombre*, Trad. Daniel Enrique Guillot, Siglo Veintiuno Editores, Ciudad de México, 2005, 136 páginas

⁴⁵ LÉVINAS, Emmanuel, *Totalidad e infinito: ensayo sobre la exterioridad*, Madrid: Ediciones Sígueme, 1977, Página 101.

⁴⁶ LÉVINAS, Emmanuel, *De otro modo que ser o más allá de la esencia*. Ediciones Sígueme, Salamanca, 1987. 266 páginas.

encarnizamiento terapéutico y promoviendo la limitación del esfuerzo terapéutico cuando sea necesario para preservar la dignidad y el respeto hacia la persona enferma⁴⁷.

2. Reconstrucción del concepto de limitación del esfuerzo terapéutico y encarnizamiento terapéutico

De acuerdo con lo que se ha planteado, la limitación del esfuerzo terapéutico es la decisión de no realizar tratamientos infructuosos o desproporcionados que solo extienden el sufrimiento de un Paciente terminal o gravemente enfermo, en una situación médica sin posibilidad de curación, que se aplica en consonancia con los principios bioéticos de no maleficencia y autonomía, para evitar sufrimientos innecesarios y preservar la dignidad y calidad de vida del Paciente. Por otro lado, el encarnizamiento terapéutico es la prolongación excesiva y dilatada de tratamientos agresivos e invasivos en una situación clínica sin esperanza de mejoría, donde se presenta al uso excesivo y sin límites de los recursos terapéuticos, lo que prolonga el sufrimiento y la agonía del paciente que puede ir en contra de los principios bioéticos de beneficencia y no maleficencia. Aun así, los dos conceptos son decisiones médicas que, por serlo; deben orientarse en forma ética y justa, basadas en la consideración del respeto y la responsabilidad con el Paciente como persona y en la distribución equitativa de recursos médicos, garantizando su calidad de vida y el respeto a su autonomía.

Consecuentemente, lo antes indicado tiene relación con la filosofía de Emmanuel Levinas⁴⁸, observable en el respeto de la ética en la relación Médico-Paciente y en la necesidad de poner al otro en el centro de la atención sanitaria, lo que concuerda con el principio bioético de autonomía. Porque E. Levinas, desde su ética del rostro y la responsabilidad, aboga por el reconocimiento del valor infinito de la vida humana y la importancia de tratar al otro con respeto y dignidad, aplicable incluso en el contexto médico. Por su parte, la propuesta de E. Mounie, se aplica también a los dos conceptos en la necesidad de tener en cuenta las dimensiones éticas y humanas en la toma de decisiones⁴⁹ en el ámbito de la medicina, especialmente en situaciones límite.

Dicho esto, desde la teoría de la justicia de J. Rawls se debe abogar por una distribución equitativa⁵⁰ de los recursos médicos, en la que se tenga en cuenta tanto la autonomía del Paciente del como su vulnerabilidad y necesidades, a causa de ambos conceptos (limitación del esfuerzo terapéutico y el encarnizamiento terapéutico) están relacionadas con la disciplina bioética y la corriente bio médica, en las cuales se prioriza el bienestar del paciente, lo que se corresponde y atañe con la teoría de la justicia en tanto se busca asegurar una atención médica igualitaria y adecuada para todos.

⁴⁷ LÉVINAS, Emmanuel, *De la existencia al existente*. Trad. Patricio Peñalver Gómez. Ed. Arena Libros S.L., Madrid, 1951, 144 páginas.

⁴⁸ LÉVINAS, Emmanuel.

⁴⁹ MOUNIER, Emmanuel.

⁵⁰ RAWLS, John, *Teoría de la justicia*, Madrid, Fondo de Cultura Económica, 2012, páginas 18, 30, 41, 42, 67.

Como se observa, los tres filósofos mencionados en este apartado esbozaron posturas y desarrollaron teorías que pueden tener aplicación relacionándose con los cuatro principios bioéticos de: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Mismo que fueron formulados por los antes mencionados T, Beauchamp y J, Childress y que se pueden tomar como guías para la toma de decisiones⁵¹. Debido a que como se muestra -en general- el punto de equilibrio entre los dos conceptos se encuentra entre tres elementos: i) la autonomía del Paciente; ii) el respeto a la dignidad del Paciente; iii) la responsabilidad del Médico en el uso adecuado y limitado de los recursos terapéuticos disponibles. Lo que de aplicarse en la relación Médico-Paciente impedirá el encarnizamiento terapéutico y promoverá la limitación del esfuerzo terapéutico, cuando sea necesario para preservar la calidad de vida y el bienestar del Paciente, evitando el sufrimiento humano sin causa.

Consecuentemente, se encontró que los principios bioéticos indicados y las posturas filosóficas sugeridas tanto en limitación del esfuerzo terapéutico y el encarnizamiento terapéutico, abordan cuestiones relacionadas directamente con la dignidad humana y el cuidado de la vida, motivo por el cual los problemas que se presenten en relación a estos conceptos deben tratarse desde un enfoque bio centrista responsable que promueva el bien integral humano, y no un logos centrismo que reduzca la vida humana a una serie de valores abstractos. En este sentido, la limitación del esfuerzo terapéutico puede ser entendida como una práctica que reconoce la dignidad y el valor intrínseco de la vida humana y su fragilidad, mientras que el encarnizamiento terapéutico puede ser visto como una muestra de logos centrismo que busca preservar valores abstractos como la autonomía o la libertad de elección, sin considerar el sufrimiento y la calidad de vida de los Pacientes, siempre en términos de justicia y equidad⁵².

3. La doctrina probable de la Corte Constitucional Colombiana

Ahora bien, las tres sentencias de la Corte Constitucional colombiana descritas anteriormente (C-239/1997; T-970/2014; T-060/2020), han determinado una doctrina probable sobre el derecho de una persona humana a morir con dignidad, cuando se conoce que los tratamientos que se pueden aplicar al tratamiento de la enfermedad no serán efectivos y que continuar con un tratamiento no reducirá los padecimientos de la enfermedad, como tampoco reducirá el dolor. Desde lo cual se ha desarrollado hasta la actualidad que un ciudadano directamente o por medio de un agente oficioso, o un apoderado judicial, puede solicitar a un Juez que este emita órdenes a las Entidad Promotora de Salud o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud competentes, el crear un Comité Técnico y Científico Interdisciplinario, el cual sea el que determine el inicio de un el protocolo legalmente establecido para garantizar el derecho a morir. Cuando se puede perder la dignidad, lo que se conoce como eutanasia, con el fin de no dilatar la vida de una forma innecesaria e injusta, por el sufrimiento y el padecimiento de la enfermedad, teniendo en cuenta que puede producir que su existencia sea una tortura indeleble. No obstante, la Sentencia T-060 insiste en lo que se había determinado en la Sentencia T-721/17, por le

⁵¹ BEAUCHAMP & CHILDRESS.

⁵² CAZZATO, Dávila y VARGAS, Camilo (2021). “La fragilidad humana de lo global: Biocentrismo, logoscentrismo, bioética y Bien Integral Humano”, *Revista de Filosofía*, Vol.38, No.99, 2021, paginas 65-80.

corresponder al Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, emitir, verificar, actualizar y publicar la reglamentación de los contextos que dan posibilidad del consentimiento sustituto del derecho a morir dignamente para las situaciones en las cuales los Paciente se encuentre en incapacidad legal o bajo condiciones que le imposibiliten declarar su voluntad⁵³ y tampoco se tenga un documento formal que exprese en forma anticipada su voluntad, sobre lo cual le atañe al Congreso de la República de Colombia emitir las leyes que desdoble el derecho a morir dignamente y el estudio de los casos que ocurran, como se ha determinado en cuatro fallos de la misma Corte Constitucional: Sentencia C-239⁵⁴; Sentencia T-970/14⁵⁵; Sentencia T-423/17⁵⁶; Sentencia T-544/17⁵⁷. Es decir; estas tres sentencias constitucionales desarrollan los dos conceptos antagonistas propuestos, sobre lo cual se debe tener en consideración que las otras cuatro “*Altas Cortes Colombianas*”⁵⁸ no han emitido decisiones judiciales que traten específicamente las mencionadas nociones en forma clara o con ocasión de la resolución de un problema jurídico que aborde algunos de ambos conceptos.

De acuerdo a esta mención, el Consejo de Estado de Colombia, que es la mayor autoridad en el componente de derecho administrativo y se encarga de resolver conflictos legales que involucren a la administración pública no se ha pronunciado jurisprudencialmente sobre el tema de la limitación del esfuerzo terapéutico y el encarnizamiento terapéutico. Lo cual se debe a que, no tiene competencia en las temáticas de derecho a la salud y a la atención médica, que tienen relación con el desarrollo de los derechos fundamentales, los cuales se encuentran consagrados en el primer capítulo de la Constitución Política de Colombia, esto es, que son asuntos de competencia de los tribunales y autoridades, que, de acuerdo a la jurisdicción al tratar materias de salud y bioética, podrán ser conocidos por la Corte Constitucional de Colombia. Por lo tanto, las sentencias más relevantes sobre los dos conceptos han sido emitidas por esta última mencionada Alta Corte.

En el mismo ámbito, la Corte Suprema de Justicia de Colombia la cual es la máxima jurisdicción componente de derecho civil y penal, que centran sus decisiones especialmente en aspectos relacionados con la justicia penal y civil, teniendo competencia para investigar altos funcionarios del Estado y la Nación. Ha emitido dos sentencias que tratan la temática de limitación del esfuerzo terapéutico y encarnizamiento terapéutico, que en su orden fueron primero la Sentencia SC2348⁵⁹. La cual en primero lugar aborda directamente el concepto de la limitación del esfuerzo terapéutico y el derecho a morir con dignidad en el contexto de

⁵³ Sentencia T-721, Corte Constitucional de Colombia, Expediente T-6.026.987, Magistrado Ponente: LIZARAZO, Antonio, Bogotá D.C., 2017.

⁵⁴ Sentencia C-239 de 1997.

⁵⁵ Sentencia T 970 de 2014.

⁵⁶ Sentencia T-423. Corte Constitucional de Colombia, Expediente T-6.061.533, Magistrado Ponente: ESCRUCERÍA, Iván, Bogotá D.C., 2017.

⁵⁷ Sentencia T-544. Corte Constitucional de Colombia, Expediente T-6.084.435, Magistrado Ponente: ORTIZ, Gloria, Bogotá D.C., 2017.

⁵⁸ DUQUE, Javier, *El Presidente y las Cortes. Las Altas Cortes en Colombia y sus relaciones con el Poder Ejecutivo*, Universidad del Valle, Cali. 2012, Página 122-123.

⁵⁹ Sentencia SC2348, Corte Suprema de Justicia, Expediente 66002-31-03-004-2013-00141-01, Magistrados Ponentes GARCÍA, Álvaro, Bogotá DC., 2021.

un paciente con enfermedad terminal, donde se establece que la limitación del esfuerzo terapéutico es una medida que se puede aplicar en casos de enfermedad terminal, siempre y cuando se respeten los derechos fundamentales del paciente, su autonomía y su dignidad. De ahí que la Sentencia SC2348, también destaca la importancia del consentimiento informado y la necesidad de que el paciente y su familia estén informados sobre las opciones de tratamiento y los posibles resultados, relacionándose con el principio de autonomía. En este sentido, la Sentencia SC2348 aborda la importancia de respetar la autonomía del paciente y garantizar su derecho a morir con dignidad en casos de enfermedad terminal, impidiendo así el encarnizamiento terapéutico. Pero también destaca la necesidad de una ética médica que priorice la calidad de vida y la dignidad del paciente sobre la prolongación artificial de la vida, lo cual es un tema central en el debate sobre la limitación del esfuerzo terapéutico y la atención médica al final de la vida.

Posteriormente la Corte Suprema de Justicia de Colombia emitió la Sentencia SP005⁶⁰, la cual no trata directamente los dos conceptos, pero sí recoge lo que argumento y fallo otra alta corte de cierre; la Corte Constitucional de Colombia en la Sentencia C-233⁶¹, fallando que todas las autoridades públicas tienen y deben garantizar la dignidad humana y los cuidados paliativos, para hacer suspensión del esfuerzo terapéutico o proporcionar el tratamiento, para permitir una muerte digna. Por esta situación se puede aseverar que la Corte Suprema de Justicia de Colombia abordó el tema de la limitación del esfuerzo terapéutico y el derecho a morir con dignidad en el contexto de pacientes en estado terminal, reconociendo que la autonomía del Paciente y su derecho a tomar decisiones libres e informadas sobre su tratamiento médico, incluyendo la posibilidad de rechazar tratamientos que pueden prolongar su vida de forma artificial y sin mejoras significativas en su calidad de vida. Esta idea presentada por la Corte; de reconocer la autonomía del paciente y su derecho a tomar decisiones informadas sobre su propio tratamiento médico está en línea con lo planteado por autores como Levinas, Mounier, Beauchamp y Childress en el campo de la bioética. A causa de que estos autores defienden la importancia de respetar la autonomía del paciente y su capacidad de autodeterminación, así como el valor de la dignidad humana y el bienestar del paciente en la toma de decisiones médicas. Por lo tanto, la Corte Suprema de Justicia de Colombia y las ideas expresadas por estos autores coinciden en la importancia de respetar la autonomía del paciente y su capacidad de tomar decisiones informadas y libres en cuanto a su tratamiento médico.

4. La presencia conceptual de la normatividad y regulación nacional

En armonía con a todo lo mencionado y explicado hasta este punto, en Colombia existen varias leyes y normas que tratan sobre la limitación del esfuerzo terapéutico y la atención al final de la vida, las cuales a su vez sobre entendidamente prohíben la encarnización terapéutica. Algunas pueden ser más relevantes teniendo en cuenta la fecha de su emisión, la integración de los dos conceptos antes señalados y la descripción de los

⁶⁰ Sentencia SP005, Corte Suprema de Justicia, Expediente Radicación No. 62158 CUI: 17001600003020170030901, Magistrados Ponentes ÁVILA, Myriam & ACUÑA, José, Bogotá D.C. 2023.

⁶¹ Sentencia C-233, Corte Constitucional de Colombia, Expediente D-14043, Magistrado Ponente: FAJARDO, Diana, Bogotá D.C., 2021.

filósofos E. Levinas, E. Mounier, T. Beauchamp y J. Childress. De esta manera las leyes y normas que se describirán en este apartado buscan garantizar el derecho a una muerte digna y una atención de calidad a los Pacientes en situaciones de final de vida, promoviendo una atención centrada en el Paciente y respetuosa de sus derechos y necesidades. Con lo cual se observa que, en Colombia, la regulación legal y normativa que trata sobre el encarnizamiento terapéutico se encuentra incluida dentro del marco normativo de la limitación del esfuerzo terapéutico. Por lo tanto, las leyes y normas que tratan sobre la limitación del esfuerzo terapéutico también se refieren al encarnizamiento terapéutico.

En primer lugar, la Ley 1733 establece el derecho a una muerte digna y regula la limitación del esfuerzo terapéutico en Colombia, reconociendo el derecho del Paciente a tomar decisiones informadas y a rechazar tratamientos médicos que consideran inútiles o desproporcionados y, por ende, prohíbe el encarnizamiento terapéutico. También esta misma establece que la limitación del esfuerzo terapéutico debe ser un proceso cuidadoso y reflexivo, que tenga en cuenta las necesidades y preferencias del Paciente y su familia⁶². De tal manera que la Ley 1733 es importante para los dos conceptos porque establece que la limitación del esfuerzo terapéutico debe ser un proceso cuidadoso, reflexivo, transparente y documentado, que tenga en cuenta las necesidades y preferencias del Paciente y su familia, donde además se debe contar con la participación de los profesionales de la salud, porque estos deben comunicar e informar los pronóstico de la enfermedad, la calidad de vida del Paciente y los recursos disponibles para el tratamiento⁶³. Al mismo tiempo, desde el 8 de septiembre de 2014, el desarrollo, promoción y progreso de la Ley 1733 ha fundamentado las condiciones y casos en las que se puede aplicar la limitación del esfuerzo terapéutico, como son: i) la enfermedad terminal; ii) el dolor incontrolable; iii) las situaciones en las que el tratamiento médico es inútil; y, iv) cuando el tratamiento causa más sufrimiento que beneficio⁶⁴. Por lo que, de acuerdo a la normatividad existente, si un Paciente presenta alguno de los casos sugeridos o varios de ellos, se debería optar por tratamientos paliativos que permitan al Paciente vivir sus últimos días con dignidad, calidad de vida y confort, sin prolongar innecesariamente su sufrimiento⁶⁵.

En segundo lugar, a finales del año 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia emitió la Resolución 5521 que renovó, aclaró y definió el Plan Obligatoria de Salud. Acto administrativo que puede tenerse como una reglamentación complementaria que fundamenta los procedimientos y requisitos específicos para la limitación del esfuerzo terapéutico en Colombia. Misma resolución establece los requisitos para la implementación de los Comités de Ética Hospitalaria en Colombia, que son los responsables de revisar y evaluar los casos de limitación del esfuerzo terapéutico y tomar decisiones en base a los principios éticos y legales⁶⁶. Así mismo, la Resolución 5521 establece los procedimientos y criterios del Plan Obligatorio de Salud, que deben seguirse para la aplicación limitación del

⁶² Ley 1733, Congreso de la República de Colombia, Diario Oficial No. 49.268 de 8 de septiembre de 2014, Bogotá D.C. Artículos 1 a 11.

⁶³ La Ley 1733 “Consuelo Devis Saavedra”.

⁶⁴ La Ley 1733 “Consuelo Devis Saavedra”.

⁶⁵ La Ley 1733 “Consuelo Devis Saavedra”.

⁶⁶ Resolución 5521, Ministerio de Salud y Protección Social, “Plan Obligatoria de Salud”, Bogotá, 2013, 14 6 páginas.

esfuerzo terapéutico, donde se recaba que la limitación del esfuerzo terapéutico es una decisión que debe ser tomada de manera individualizada para cada Paciente o por su Representante Legal, con el fin de evitar el encarnizamiento terapéutico y garantizar una atención médica de calidad y respetuosa de las necesidades y preferencias del Paciente. En este sentido la decisión que se toma debe ser respetada por los profesionales de la salud, siempre que se hayan cumplido los procedimientos establecidos por la normatividad y regulaciones y se haya garantizado el acceso a la información y la asesoría necesaria para tomar una decisión informada⁶⁷.

En tercer lugar, más recientemente en el segundo trimestre del año 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, prorrumpió y emitió la Resolución 1216, la cual quiso obedecer el fallo de la anteriormente comentada Sentencia T-970, estableciendo en el articulado de la Resolución el funcionamiento y la organización de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir dignamente. De tal carácter que, este acto administrativo establece los criterios para la atención en cuidados paliativos, las obligaciones de los profesionales de la salud, y las condiciones para la implementación de los cuidados paliativos en Colombia, permitiendo que sean una opción para los Pacientes en estado terminal o en situaciones en las que el tratamiento médico es inútil o causa más sufrimiento que beneficio.⁶⁸

Recapitulando, los dos puntos de los párrafos anteriores la Resolución 1216 de 2015 y la Resolución 5521 de 2013 fundamentando los procedimientos y requisitos específicos para la limitación del esfuerzo terapéutico en Colombia, con el objetivo de garantizar que se respeten los derechos del Paciente a tomar decisiones informadas sobre su tratamiento y se asegure una atención médica de calidad y respetuosa de sus necesidades y preferencias. Estas regulaciones buscan evitar que se realicen tratamientos que no tendrán ningún beneficio para el Paciente y que solo prolongarán su agonía, por lo que se fundamentan criterios para la limitación del esfuerzo terapéutico⁶⁹, como el respeto a la dignidad del Paciente, la falta de eficacia de los tratamientos, con el objetivo de garantizar una atención médica de calidad y respetuosa de las necesidades y preferencias del Paciente. Igualmente establece que la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico debe ser tomada por un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud, que deberá tener en cuenta la opinión del Paciente o su representante legal, así como la opinión de los familiares y cuidadores⁷⁰.

En cuarto lugar, desde hace más de cuarenta y un años, el Código de Ética Médica colombiano, establece las normas éticas que deben seguir los profesionales de la salud, incluyendo la prohibición del encarnizamiento terapéutico y la necesidad de respetar la dignidad⁷¹. Igualmente, entre estas normas que los profesionales de la salud deben respetar la autonomía y autodeterminación del paciente del Paciente y promover el que se tomen

⁶⁷ Resolución 1216, Artículos 2, 5, 8.

⁶⁸ Resolución 1216, Ministerio de Salud y Protección Social, “Comités para hacer efectivo el Derecho a Morir Dignamente”, Bogotá, 2015, 8 páginas.

⁶⁹ Resolución 5521, artículos 8 a 128.

⁷⁰ Resolución 5521, artículos 8 a 57.

⁷¹ Ley 23, Código de Ética Médica, Congreso de la República de Colombia, Diario Oficial No. 35.711 de 27 de febrero de 1981, Bogotá D.C., Artículos 1 a 86.

decisiones informadas, comprendidas y consentidas en situaciones y casos de limitación del esfuerzo terapéutico. De acuerdo a esto, todos los Profesionales Médicos deben proporcionar una atención integral y de calidad a los Pacientes en situación de final de vida⁷², razón que soporta por qué los médicos deben evitar el encarnizamiento terapéutico, a través de la promoción de las normas determinadas en el mismo código.

Recomendaciones

A pesar de los avances y regulaciones legales y éticas colombianas mencionadas en este artículo, aún existen varios desafíos que deben ser abordados para garantizar la limitación del esfuerzo terapéutico y evitar el encarnizamiento terapéutico. Algunos de estos desafíos incluyen la falta de acceso a cuidados paliativos de calidad en el espectro colombiano, pero la falta de educación y formación adecuada para los profesionales de la salud sobre el consentimiento informado y la toma de decisiones compartidas. De acuerdo a lo cual, la investigación desarrollada concretiza en definitiva la necesidad de seguir promoviendo la cultura del respeto y la valoración de la autonomía de los Pacientes, pero también los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia y justicia. Conjuntamente, en todo caso es importante seguir promoviendo la investigación y el desarrollo de prácticas y políticas que fomenten una atención médica centrada en la persona humana.

En definitiva, los Estados y las Naciones de los distintos países deben promover la limitación del esfuerzo terapéutico e impedir la configuración del encarnizamiento terapéutico a través de varias medidas concretas, observando que en general, el Estado puede tomar medidas para promover una práctica médica ética y basada en los principios bioéticos, para garantizar una atención de calidad para todos los Pacientes. Tal es el caso de promover, difundir y promocionar leyes y políticas públicas -ya existentes- que protejan los derechos de los Pacientes y promuevan la práctica ética de la medicina y fomentar la educación y la capacitación continua de los profesionales de la salud en ética médica y toma de decisiones clínicas.

Así como, también el Estado y las Organizaciones y Entidades de Salud deben promover la participación activa de los Pacientes y sus familias en la toma de decisiones sobre su atención médica, a través de procesos de consentimiento informado y la representación de un representante de Pacientes. En este sentido ayudará la vinculación y fortalecimiento de los ya existentes Comités Éticos, Comités Técnicos Científicos y Grupos de Revisión Institucional que puedan asesorar a los profesionales de la salud en situaciones difíciles de toma de decisiones clínicas. Esto permitiría establecer sistemas de monitoreo y seguimiento de la calidad de la atención médica, para asegurar que se cumplan los estándares éticos y se evite el encarnizamiento terapéutico, para asegurar el acceso a cuidados paliativos y a la atención integral para Pacientes que requieren cuidados al final de la vida, con el fin de garantizar una digna y compasiva para estos Pacientes. El robustecer los Comités Éticos, Comités Técnicos Científicos y Grupos de Revisión Institucional permitirá que puedan asesorar a los profesionales de la salud en situaciones difíciles de toma

⁷² Ley 23, Código de Ética Médica.

de decisiones clínicas, porque los comités éticos o grupos de revisión institucional pueden ayudar a garantizar que las decisiones clínicas sean éticas y se basen en los valores y preferencias del Paciente. Estos grupos pueden asesorar a los profesionales de la salud en situaciones difíciles de toma de decisiones clínicas, como la limitación del esfuerzo terapéutico o el encarnizamiento terapéutico.

Conclusiones

Como se ha mostrado, resumiendo lo planteado, la aplicación de un tratamiento invasivo en un Paciente en estado terminal, que solo prolongaría su sufrimiento sin posibilidades de mejoría se catalogaría como una situación de encarnización terapéutica. Por ejemplo, si un Paciente con una enfermedad incurable que afecta gravemente su calidad de vida, es sometido a un tratamiento doloroso y costoso, que no le brinda ninguna mejoría en su estado de salud, y solo le causa sufrimiento adicional. Sin duda alguna una muestra concreta de encarnización terapéutica sería cuando se aplica una terapia agresiva e invasiva a un Paciente en estado terminal que ya no tiene posibilidad alguna de recuperación, o cuando se somete a un Paciente a un tratamiento oncológico agresivo (*cirugías, radiación, medicamentos y otras terapias para curar el cáncer*) cuando ya no hay opciones terapéuticas que puedan curarlo, o se le somete a una intervención quirúrgica riesgosa y dolorosa cuando el Paciente está en un estado avanzado de enfermedad terminal.

Por otro lado, el encarnizamiento terapéutico va en contra de los principios del personalismo bioético; sobre todo frente al principio de defensa de la vida física, ya que se trata de una forma de violencia contra el Paciente. Así que, en definitiva, si se somete a un Paciente a tratamientos inútiles o excesivos que no tienen ningún beneficio médico, se está negando su dignidad y se está causando un sufrimiento que no es preciso y necesario, lo cual sería irracional. Por tanto, va en contra de la ética médica y de los principios fundamentales del personalismo bioético, principalmente porque se opone a la virtud de la prudencia: falta de prudencia en la que el Médico aplica tratamientos que no son efectivos y que pueden incluso empeorar la salud del Paciente. Concretizando, si se presentara una situación o un caso de encarnizamiento terapéutico se puede deber a que el médico no ha sopesado adecuadamente los beneficios y los riesgos del tratamiento y lo ha aplicado de manera indiscriminada, lo cual tendría implicaciones negativas bioéticas, punitivas, civiles y administrativas.

Resulta cierto posiblemente, que la limitación del esfuerzo terapéutico y el encarnizamiento terapéutico pueden ser abordados desde varias corrientes filosóficas, pero una de las más relevantes es la ética médica, que se ocupa de las cuestiones éticas relacionadas con la atención médica. En la ética médica, una de las corrientes más predominantes es el personalismo, que se enfoca en la dignidad de la persona como fundamento de la ética. Según esta corriente, cada persona tiene una dignidad intrínseca e inalienable que debe ser respetada y protegida en todo momento. En efecto, el personalismo también destaca la importancia de la relación entre el médico y el Paciente, que debe ser una

relación de respeto mutuo y colaboración para el bienestar del Paciente⁷³. Desde esta perspectiva, la limitación del esfuerzo terapéutico se justifica en la medida en que se respeta la dignidad del Paciente y se busca proteger su bienestar, porque si un tratamiento es inútil o causa más daño que beneficio, se debe considerar la posibilidad de limitar el esfuerzo terapéutico para evitar el sufrimiento necesario y proteger la integridad física y psicológica del Paciente.

Resumiendo lo planteado, a partir del análisis de las Sentencias, Leyes y Resoluciones mencionadas, así como de las posturas de los filósofos y autores Levinas, Mounier, Beauchamp y Childress, se puede concluir que la ética y la bioética son fundamentales en el ámbito de la atención médica. Paralelamente, es necesario considerar el respeto por la autonomía del paciente, su dignidad y su calidad de vida, así como la responsabilidad del personal médico en la toma de decisiones, especialmente en lo que respeta a la limitación del esfuerzo terapéutico y al encarnizamiento terapéutico. Así como, las Leyes y Resoluciones presentadas fundamentan un marco legal para proteger los derechos de los pacientes y promover la atención médica de calidad, mientras que los cuatro Filósofos y Autores relacionados han contribuido con sus reflexiones sobre la responsabilidad ética y moral en la atención médica.

Por lo tanto, desde la perspectiva del filósofo E. Levinas, la limitación del esfuerzo terapéutico se justifica en su ética de la responsabilidad hacia el otro⁷⁴, es decir, hacia el paciente. Ya que este autor plantea que la relación ética no es simétrica, sino que se basa en la asimetría del otro como un ser vulnerable y necesitado de protección. Así, la obligación del médico es responder al llamado del paciente y tratarlo con dignidad, impidiendo cualquier acción que pueda dañarlo o violentarlo, incluso aunque ello signifique renunciar a ciertas terapias o procedimientos médicos que puedan prolongar su vida. En este sentido se puede afirmar que, para E. Levinas, la limitación del esfuerzo terapéutico sería un acto de responsabilidad ética que implica reconocer los límites de la medicina y aceptar que la muerte es una parte natural del ciclo de la vida.

Sumado a lo mencionado, desde la reflexión del filósofo francés E, Mounier, la limitación del esfuerzo terapéutico se puede argumentar en el respeto y la protección de la dignidad de la persona. Teniendo en cuenta que la persona no es un objeto, sino un ser único e irrepetible, cuya dignidad es inviolable e inalienable. En este modelo, es justificable cuando los tratamientos médicos no son proporcionales al beneficio que se espera obtener y cuando estos tratamientos pueden causar un sufrimiento innecesario al paciente. Lo que hace relación a que la limitación del esfuerzo terapéutico también se justifica cuando se tiene en cuenta la calidad de vida del paciente, es decir, cuando los tratamientos médicos no mejoran la calidad de vida del paciente o incluso pueden empeorarla.

De la misma forma, también desde la óptica propuesta por los filósofos Tom Beauchamp y James Childress, se puede validar que la limitación del esfuerzo terapéutico

⁷³ VARGAS, Camilo, 2022.

⁷⁴ LÉVINAS, Emmanuel, 1993, páginas 128-130.

se justifica por el principio de no maleficencia y la justicia distributiva, pero además el principio de no maleficencia que instituye que los profesionales de la salud deben evitar causar daño a sus pacientes, y el encarnizamiento terapéutico podría ser considerado como una forma de daño al prolongar el sufrimiento del paciente sin una perspectiva real de mejoría⁷⁵. Por ello, si tenemos en cuenta el axioma del principio de justicia distributiva se presentaría la implicación de que los recursos deben ser utilizados de manera equitativa y eficiente, y el encarnizamiento terapéutico consumen recursos valiosos que podrían ser utilizados para ayudar a otros pacientes con mejores perspectivas de mejoría.

Por esto, de acuerdo a los conceptos, axiomas y principios planteados por los cuatro filósofos señalados, sería valioso cotejar los dos conceptos estudiados en este artículo desde la propuesta central de la ética de la virtud de Aristóteles, a causa de que el objetivo principal de la medicina no es simplemente prolongar la vida, sino más bien mejorar la calidad de vida del paciente. Pues como se sabe, según Aristóteles, la virtud se encuentra en el justo medio entre dos extremos⁷⁶, en este caso, la falta de esfuerzo terapéutico y el encarnizamiento terapéutico. Por lo cual, la virtud estaría en la limitación del esfuerzo terapéutico, es decir, en no prolongar la vida a cualquier costo, sino en buscar un equilibrio y un sentido de propósito en el tratamiento médico. Orientación que se validaría desde la importancia de tener en cuenta la situación particular del Paciente y las circunstancias en su toma de decisiones.

Sin duda alguna, la limitación del esfuerzo terapéutico y el encarnizamiento terapéutico están relacionados con varios principios bioéticos, debido a que como se indicó la limitación del esfuerzo terapéutico se corresponde con los principios de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Mientras que el encarnizamiento terapéutico contradice los principios de no maleficencia, beneficencia y justicia. Notablemente, el principio de autonomía refiere al derecho del Paciente a tomar decisiones informadas sobre su propia atención médica. Por ello, la limitación del esfuerzo terapéutico respeta este principio al permitir que el Paciente tome decisiones informadas sobre su atención médica, incluyendo la decisión de limitar los tratamientos que no son beneficiosos. Desde luego, el segundo principio bioético de beneficencia se refiere a la obligación de los médicos de hacer el bien a los Pacientes y promover su salud. La limitación del esfuerzo terapéutico busca equilibrar los beneficios de un tratamiento con los riesgos y limitaciones, con el fin de maximizar el bienestar del Paciente. El encarnizamiento terapéutico contradice este principio al aplicar tratamientos necesarios o excesivos que no pueden proporcionar beneficios y causar daño. Por otro lado, el encarnizamiento terapéutico puede violar este principio al obligar al Paciente a someterse a tratamientos necesarios o que van en contra de sus deseos. Además, resulta lógico, que el principio de no maleficencia que describe la obligación de los Médicos y Profesionales de la salud de no causar daño a los Pacientes, permita la promoción de la limitación del esfuerzo terapéutico a causa de evita la aplicación de tratamientos inútiles o que pueden causar daño al Paciente y en contradicción el

⁷⁵ BEAUCHAMP, Tom & CHILDRESS, 1999, Páginas 24, 28, 32.

⁷⁶ ARISTÓTELES, 2023, páginas 50, 54.

encarnizamiento terapéutico puede violar este principio al aplicar tratamientos que no son efectivos o que pueden causar daño al Paciente.

De acuerdo con esto, el cuatro principio bioético de justicia se refiere a la obligación de tratar a todos los Pacientes de manera equitativa y justa, así que naturalmente se debe conjeturar que la limitación del esfuerzo terapéutico busca asignar los recursos de manera justa y equitativa, impidiendo el uso excesivo de los recursos en Pacientes que no se beneficiarán de ellos. De modo contrario el encarnizamiento terapéutico puede violar este principio al asignar recursos de manera desproporcionada a Pacientes que no se beneficiarán de ellos.

En definitiva, en este documento se presentó las recomendaciones y conclusiones sobre el estudio de la limitación del esfuerzo terapéutico y el encarnizamiento terapéutico, donde se estableció que los dos conceptos pueden ser analizados desde la ética médica y el personalismo en el futuro, teniendo en cuenta que se encontró que para la promoción del primero y evitar el segundo es de suma importancia el enfatizar la importancia del respetar la dignidad de la persona y proteger su bienestar. También, debería sumarse futuros análisis y estudios desde la teoría de la ética de la virtud de Aristóteles, según la cual el objetivo de la ética es desarrollar un carácter virtuoso que permita a las personas actuar de manera correcta en cada situación⁷⁷. En este sentido, la virtud es necesaria para este ejercicio ya que es entendida como un hábito que se adquiere a través de la práctica y que permite al sujeto actuar de manera correcta en cada circunstancia, lo que en el caso de la limitación del esfuerzo terapéutico se puede entender como una virtud médica que se basa en la prudencia, para discernir cuándo es apropiado aplicar un tratamiento y cuándo es mejor no hacerlo.

⁷⁷ ARISTÓTELES, *Ética a Nicómaco*, Traductor: Julio Pallí Bonet, Gredos, Madrid, 2023, páginas 21-42.



REVISTA DE FILOSOFÍA N° 105 – 2023 - 3 JULIO - SEPTIEMBRE

Esta revista fue editada en formato digital y publicada en ABRIL de 2023, por el Fondo Editorial Serbiluz, Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela

www.luz.edu.ve www.serbi.luz.edu.ve
www.produccioncientificaluz.org