

Medicina familiar, principios bioéticos y final de la vida en Colombia

Family Medicine, Bioethical Principles and End of Life in Colombia

Francis Pamela Molina Saboga^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-6274-5855>

¹Universidad del Quindío, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud de Bogotá, Colombia.

*Autor para la correspondencia: fpmolina@fucsalud.edu.co

*Ya que fuimos capaces de prolongar la vida,
ojalá seamos capaces de prolongar la dignidad.*

Alejandro Gaviria

RESUMEN

Introducción: La medicina familiar, dentro de su enfoque biopsicosocial, acoge la valoración integral de cada individuo en su curso de vida, donde es indispensable integrar todos los principios bioéticos para brindar una atención adecuada, oportuna y humanizada. El abordaje del especialista en medicina familiar sobre el final de vida debe estar ligado a estos aspectos, lo que permite ampliar la relación clínica desde el paciente hasta su núcleo familiar y su equipo en salud.

Objetivo: Discutir los principios bioéticos desde una perspectiva integrativa a partir de un recorrido por los principales apartados legales que se han desarrollado en Colombia desde la sentencia C-239 de 1997, en relación con el derecho a morir dignamente.

Métodos: Se realizó una revisión narrativa mediante la búsqueda en PubMed, Elsevier, Scielo y la normativa del contexto colombiano.

Conclusiones: La disponibilidad de la información permite tener claridad sobre los conceptos al final de vida y el quehacer de los profesionales de la salud en esta etapa, que permita brindar al paciente y a su familia información clara y alternativas en su manejo integral, que dignifique la relación médico-paciente-familia-equipo de salud.

Palabras clave: medicina familiar y comunitaria; discusiones bioéticas; cuidados paliativos al final de la vida; enfermo terminal.

ABSTRACT

Introduction: Family medicine, within its biopsychosocial approach, welcomes the comprehensive assessment of each individual in his or her life course, where it is essential to integrate all bioethical principles to provide adequate, timely and humanized care. The approach of the family medicine specialist at the end of life should be linked to these aspects, which allows extending the clinical relationship of the patient to the family nucleus and the health team.

Objective: To discuss bioethical principles from an integrative perspective based on the review of the main legal paragraphs that have been developed in Colombia since the C-239 ruling of 1997 in relation to the right to die with dignity.

Methods: A narrative review was carried out through searches in PubMed, Elsevier, SciELO and in the normativity of the Colombian context.

Conclusions: The availability of information allows clarity about the concepts at the end of life and the work of health professionals at this stage, which allows providing the patient and family with clear information and alternatives in their comprehensive management, which dignifies the doctor-patient-family-health team relationship.

Keywords: family and community medicine; bioethical discussions; palliative care at the end of life; terminally ill patients.

Recibido: 08/08/2021

Aceptado: 19/10/2021

Introducción

En Colombia, el derecho a morir dignamente es un derecho fundamental, que ha requerido múltiples discusiones jurídicas a nivel nacional asociadas a la validación de este derecho en nuestra sociedad.

La primera sentencia de la corte constitucional que habla sobre eutanasia es la sentencia C-239 de 1997, en la cual se despenaliza el homicidio por piedad. Sin embargo, no fue sino

hasta la sentencia T-970 de 2014, donde el derecho a morir dignamente se asocia a la dignidad humana, la autonomía individual y diferentes elementos que permiten establecer los argumentos iniciales para la posterior creación del protocolo para la aplicación del procedimiento de la eutanasia en Colombia en el año 2015.⁽¹⁾

Esta discusión a nivel jurídico trasciende diferentes ámbitos sociales, donde no solo se involucra la parte médica, sino también legal, religiosa, moral y cultural. A nivel médico, la visión del paciente se ha modificado en el transcurso del tiempo, entendiendo que actualmente una visión biopsicosocial es una de las herramientas que permite abordar al paciente más allá de la enfermedad, e integrarlo a un modelo de atención de fin de vida más humano.⁽²⁾

Con el pasar del tiempo, la tecnología biomédica ha avanzado a pasos agigantados, fenómeno que ha modificado la atención del paciente, debido a que se ofrecen diferentes esquemas terapéuticos que involucran estas nuevas tecnologías con el fin de prolongar la vida. Esta situación reforma la relación clínica tradicional, en especial en situaciones en las cuales existe una relación entre la vida amenazada y la ciencia, lo que genera un escenario de una amplia discusión a nivel bioético para dar luces en la práctica médica.⁽³⁾

En el proceso que implica el final de la vida, la relación médico paciente ideal que se debe establecer según lo descrito por Diego Gracia es “una relación de tipo democrático”, donde el médico y el enfermo dialogan condicionados por diferentes factores externos con la finalidad de que el paciente tome libremente las decisiones que se refieren a su cuerpo. El médico aportará su conocimiento científico, experiencia clínica y consejos; por su parte, el paciente, como sujeto activo en este tipo de relación, escuchará la información que recibe y la contrastará con sus creencias, proyectos y deseos.⁽⁴⁾

Métodos

Se realizó una búsqueda narrativa en PubMed, Elsevier, Scielo y la normativa del contexto colombiano a través de los términos MeSH, DecS y globales del buscador, que incluyeron: “medicina familiar y comunitaria”; “discusiones bioéticas”; “cuidados paliativos al final de la vida” y “enfermo terminal”, con una selección bibliográfica desde 1997 hasta la actualidad. Se consideraron fuentes relevantes para el desarrollo de los objetivos del presente artículo sin realizar sistematización ni cuantificación de estos. Se llevó a cabo una

interpretación relevante de acuerdo con los resultados de búsqueda y la síntesis respectiva de los datos encontrados.

Desarrollo

Según los datos proporcionados en la búsqueda bibliográfica se pueden esclarecer los siguientes conceptos:

Enfermedad terminal: Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, se define como “una enfermedad avanzada progresiva e incurable, con falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, que cuenta con numerosos problemas o síntomas intensos y que, además, tiene un gran impacto emocional en el paciente, su familia y el equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte”.⁽¹⁾

Eutanasia: No cuenta con un término universalmente aceptado en la actualidad. En nuestro país se entiende como aquel procedimiento en el que deben interactuar 3 elementos descritos como fundamentales en la Sentencia T-970/14 de la Corte Constitucional, estos son: un sujeto pasivo que padece una enfermedad terminal, un sujeto activo que realiza la acción o la omisión, quien debe ser un médico y, finalmente, el tercer elemento es la petición expresa, reiterada e informada del paciente de querer morir.⁽¹⁾

Distanasia: Se conoce como la prolongación de la vida por cualquier medio, incluso, causando efectos perversos en la salud, dignidad y vida del paciente.⁽⁵⁾

Adistanasia: Es la omisión de medios extraordinarios o desproporcionados que mantienen con vida al paciente.⁽⁵⁾

Cuidados paliativos: nace por la necesidad de un tratamiento médico que dignifique la vida de quien inevitablemente irá a morir y que su voluntad no es otra que llegue la muerte de una forma natural.⁽⁵⁾

Según la Fundación proderecho a morir dignamente de Colombia, para inicios del año 2021, se evidenciaron que los hombres son quienes más solicitan asesoría frente a temas de muerte digna, y que los familiares son quienes más muestran preocupación de temas como: dónde acudir, cómo pedir ayuda, consejería y asesoría, no solo médica, sino psicológica y espiritual. Los pacientes en estado terminal entre los 61 y 75 años son quienes en su mayoría solicitan ser informados sobre los temas de cuidados al final de la vida y un porcentaje cercano al 70 % de la población solicita de antemano a su médico y a su familia que quisieran morir en casa, es decir, solicitan servicios domiciliarios para un buen morir.⁽⁶⁾

Estos datos muestran que hay un creciente interés de la población por obtener información sobre la muerte digna, sobre la posibilidad de morir en casa y los servicios con los cuales puedan contar al final de la vida, de estos factores se resalta la importancia de que el personal sanitario reconozca el sentir del paciente y pueda generar un acompañamiento continuo y humanizado no solo al paciente, sino también al núcleo familiar para lograr la construcción de un duelo anticipado.⁽⁷⁾

El especialista en medicina familiar como gestor de la atención primaria juega un papel invaluable en la construcción no solo de un duelo anticipado, sino también en crear un ambiente de escucha activa, de consejería, de información clara y de seguimiento continuo para estos pacientes y sus familias. Por medio del enfoque del ciclo vital individual y familiar y el curso de vida se puede lograr tener un visión más amplia de las tareas evolutivas, de las crisis normativas y no normativas de cada individuo y familia y así entender sus necesidades al momento de hablar de muerte, duelo y de dignidad.⁽²⁾

Hay que tener en cuenta que una *buena muerte* abarca varios puntos clave que deben trabajarse en conjunto, como ausencia de dolor y de otros síntomas, acompañamiento espiritual, bienestar emocional, sensación de completitud, calidad de vida y una relación adecuada con el personal de salud, basada en el respeto por las decisiones que tome el paciente. Dentro estas decisiones están el plan de cuidados paliativos que el paciente quiere recibir, la readecuación del esfuerzo terapéutico, sedación paliativa o terminal si así se desea, órdenes de no reanimación, donación de órganos, rechazo terapéutico, participación en investigación, derecho a morir en casa, designación de un representante, de quienes quiere estar rodeado y asistencia espiritual y religiosa si ha sido solicitado por el paciente.⁽⁸⁾

El especialista en medicina familiar puede entonces en coordinación con los profesionales en dolor y cuidado paliativo, oncología, medicina interna e intensiva, bioética y otros, crear una red amplia y diversa con asesoramiento continuo para pacientes y familias y una capacitación permanente y asertiva para los trabajadores de los servicios en salud, logrando que se reconozca el fin de vida como un proceso de acompañamiento y de toma de decisiones que se puede sostener desde el paradigma principialista de la bioética, en el cual la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia se entrelazan entre sí para el bien del paciente.⁽³⁾

El principio de autonomía indica que el paciente es una persona competente y capaz legalmente, que ha sido ilustrada de manera oportuna, cuya voluntad esté exenta de vicios y, por tanto, tiene el derecho constitucional de llegar a rechazar un tratamiento. El abordaje de este principio implica conocer el valor de la relación médico-paciente como un modelo

paternalista que ha evolucionado a un modelo autónomo y que el individuo puede asentir o disentir ante cualquier propuesta de diagnóstico, terapias, rehabilitación, paliación, participación en investigación y/o información a terceros.⁽⁹⁾

En Colombia existe un amplio marco normativo para este principio, la Ley 1733 de 2014 propone los derechos de los pacientes al final de la vida, la sentencia C-233 de 2014 indica el valor de las voluntades anticipadas y que junto a la resolución 1216 de 2015 y la resolución 2565 de 2018 contemplan la muerte anticipada y el derecho de los pacientes a conocer el documento de una voluntad anticipada y su contenido, la resolución 229 de 2020 indica el lineamiento para la carta de derechos y deberes, plantea el derecho fundamental a morir con dignidad.

El especialista en medicina familiar, además de brindar niveles de prevención durante los cursos de vida, proporciona prevención cuaternaria al final de esta, reevaluando la condición de cada paciente y haciendo un balance y ponderación cuidadosa entre los riesgos y beneficios de cada opción terapéutica, dándole lugar a la toma de decisiones compartidas, evitando el mantenimiento de tratamientos fútiles y el obstinamiento terapéutico.⁽¹⁰⁾

Por su parte, la beneficencia y no maleficencia orientan para determinar de forma dinámica la atención del paciente que se encuentra en una situación de terminalidad, estableciendo la futilidad de un procedimiento, por medio de un juicio clínico claro que el especialista en medicina familiar debe identificar realizando una valoración riesgo-beneficio de las intervenciones, últimos avances médicos y científico técnicos, valores, deseos y creencias del paciente y recursos de atención disponibles, conociendo así cuándo y cómo limitar el esfuerzo terapéutico.⁽³⁾

El especialista en medicina familiar, como gestor de recursos, reconoce la Justicia como el principio que nos recuerda que sigue existiendo una tendencia al gasto creciente en la atención en salud, con una dinámica de aumento de necesidades respecto a la limitación de recursos disponibles, por esta razón, es vital que se incluyan prestaciones relacionadas con el cuidado paliativo dentro de los planes de salud, que eviten el sufrimiento, el dolor y el abandono social de los pacientes. Los anteriores principios van a estar condicionados a factores como la espiritualidad, la fe, la esperanza y la compasión en el proceso de curación, visualizando con respeto las creencias de cada paciente, teniendo en cuenta la resiliencia y la resistencia ante el final de la vida que traduce compasión, generosidad y solidaridad.⁽¹¹⁾

El paciente en la normatividad colombiana tiene derecho a morir en casa si así lo desea y tanto el equipo médico como administrativo debe trabajar en conjunto para que se logre sin limitación en la prestación de los servicios y con un acompañamiento de los profesionales

hasta su domicilio, además de apoyar a la familia en su cuidado y en la elaboración adecuada del duelo.⁽³⁾

Por lo anterior, es necesario tener claridad sobre los conceptos al final de vida, el quehacer de los profesionales de la salud en esta etapa tan importante en especial el del especialista en medicina familiar y los principios bioéticos que, cada vez, más requieren ser tangibles en la práctica médica. Así se logra una atención en salud más integrativa y humanizada en los cuidados al final de la vida, cuyo objetivo es brindar al paciente y a su familia información clara y alternativas en las ayudas diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y seguimiento, asimismo, involucrar a los profesionales de salud en un aprendizaje continuo para construir un puente que dignifique la relación médico-paciente-familia-equipo de salud ante la enfermedad y la muerte.

En conclusión, la disponibilidad de la información permite tener claridad sobre los conceptos al final de vida y el quehacer de los profesionales de la salud en esta etapa, que permita brindar al paciente y a su familia información clara y alternativas en su manejo integral, que dignifique la relación médico-paciente-familia-equipo de salud.

Referencias bibliográficas

1. González M. Sentencia de 15 de diciembre de 2014, Muerte digna. Corte Constitucional; 2014. Bogotá, Colombia. [acceso 15/05/2021]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm>
2. Zurro AM, Pérez JFC, Badia JG. Atención primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia. España: Elsevier; 2019 [acceso 15/05/2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=741847>
3. Córdoba AIG. Repensar el cuidado al final de la vida: una mirada desde los principios de la bioética. Revista Vía Salud. 2008 [acceso 15/05/2021];(46):7-12. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/8e401405-9ec6-475e-abb9-558372ae9d44/content>
4. Lázaro J, Gracia D, editors. La relación médico-enfermo a través de la historia. España: SciELO; 2006. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600002

5. Levenson JL. The American Psychiatric Association Publishing textbook of psychosomatic medicine and consultation-liaison psychiatry: American Psychiatric Pub; 2018.
6. Fundación pro derecho a morir dignamente. Boletín 73. Bogotá, Colombia. 2021 [acceso 15/05/2021]. Disponible en: <https://dmd.org.co/noticias/boletin-encontacto-no-73-febrero-de-2021/>
7. Macaden SC. Moving toward a national policy on palliative and end of life care. Indian journal of palliative care. 2011 [acceso 15/05/2021];17(Suppl):S42. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140079/>
8. Kenwright S. End of life decisions—the patient comes first. Bmj. 2018 [acceso 15/05/2021];361. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/361/bmj.k2751>
9. Reyes DN. La tensión de la globalización de la salud y el papel del Estado social de derecho colombiano en torno al consentimiento informado en la relación médico paciente. Via Iuris. 2018 [acceso 15/05/2021];(24):11-29. Disponible en: <https://revistas.libertadores.edu.co/index.php/ViaIuris/article/view/834>
10. Prieto P. Guía de consultoría bioética. Casos difíciles en la práctica hospitalaria, experiencias en el servicio de humanismo y bioética de la fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia: Taller de Edición Rocca® SAS; 2020.
11. Espitia S. Una espiritualidad que entreteje. Miradas integradoras sobre salud-enfermedad, resiliencia y solidaridad. Bogotá, Colombia: Graphic studio SAS; 2020.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflicto de intereses.