

Limitar los esfuerzos terapéuticos (LET) en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Criterios éticos y procesos de toma de decisiones*

Limiting therapeutic efforts (LTE) in the intensive care units (ICU). Ethical criteria and decision-making processes

Limitar os esforços terapêuticos (LET) nas unidades de cuidados intensivos (UCI). Critérios éticos e processos de tomada de decisões

Luis Evelio Aristizábal Franco**

Resumen

Esta investigación explica el sentido de los dilemas éticos respecto de las decisiones de limitaciones terapéuticas, sus alcances bioéticos, legales y jurisprudenciales en las unidades de cuidados intensivos (UCI) del área metropolitana de Pereira, teniendo en cuenta equipo de salud, paciente-familia y la aplicabilidad de las normas colombianas en las acciones de jueces y fiscales. Se hizo mediante triangulación de técnicas de investigación social; cualitativamente se trabajó teoría fundamentada; cuantitativamente se aplicó un cuestionario, analizado luego mediante estadística descriptiva e inferencial. Se describen las tipologías de tensiones entre actores y dilemas éticos en tales circunstancias, resolución de componentes mencionados, y su interacción en la toma de decisión. Muestra que existe en las decisiones éticas y legales algún contrasentido y destaca la importancia de la bioética y su presencia de los comités de ética hospitalaria, para buscar la resolución de dilemas éticos que no deben basarse solo en respuestas monodisciplinarias por parte de los médicos. Destaca la necesidad de que las acciones de los juristas se enriquezcan con el discurso y análisis pluralista y pluridisciplinario.

Palabras clave: Limitación de esfuerzos terapéuticos (LET), bioética, unidades de cuidados intensivos (UCI), dilemas éticos, principios de la bioética.

* Este artículo de investigación es original, producto de la tesis para optar al título de doctor en Bioética de la Universidad El Bosque. Área Bioética y salud, Línea Dilemas y problemas en las prácticas clínicas, del Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia. Director Jaime Escobar Triana, Ph. D., profesor investigador y director del Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque. Documento entregado el 13 de noviembre de 2014 y aprobado el 28 de julio de 2015. La tesis doctoral completa puede ser consultada en la Universidad El Bosque.

** Enfermero profesional, abogado, especialista en Epidemiología, Ph. D. en Bioética, Universidad El Bosque de Bogotá. Correo: luisevelioa@yahoo.com.



Abstract

This research explains the nature of ethical dilemmas in respect to the decisions of therapeutic limitations, its bioethical, legal, and jurisprudential scopes in the intensive care units in the metropolitan area of Pereira, considering the health team, patient-family, and the applicability of the Colombian rules in the actions of judges and prosecutors. It was done through triangulation of social investigation techniques; qualitatively grounded theory was utilized; quantitatively a survey was applied, analyzed subsequently through descriptive and inferential statistics. Described are the types of tension between actors and ethical dilemmas in such circumstances, resolution of the mentioned components, and their interaction in decision-making. It shows that in ethical and legal decision making there exists some contradiction and stresses the importance of bioethics and its presence in hospital ethical committees in order to seek resolution to ethical dilemmas that should not be based solely on monodisciplinary responses by the doctors. It stresses the need for the actions of lawyers to be enriched with discourse and pluralistic and multidisciplinary analysis.

Key words: Limitation of therapeutic efforts (LTE), bioethics, intensive care units (ICU), ethical dilemmas, bioethics principles.

Resumo

Esta pesquisa explica o sentido dos dilemas éticos em relação às decisões de limitações terapêuticas, seus alcances bioéticos, legais e jurisprudenciais nas unidades de cuidados intensivos da área metropolitana de Pereira, levando em consideração a equipe de saúde, paciente-família e a aplicabilidade das normas colombianas nas ações de juízes e fiscais. Foi realizada por meio de triangulação de técnicas de pesquisa social; qualitativamente, trabalhou-se a teoria fundamentada; quantitativamente, foi aplicado um questionário, analisado, subsequentemente, por meio de estatística descritiva e inferencial. São descritas as tipologias de tensões entre atores e dilemas éticos em tais circunstâncias, a resolução de componentes mencionados e sua interação na tomada de decisão. Mostra que existem, nas decisões éticas e legais, algumas contradições e destaca a importância da bioética e sua presença nos comitês de ética hospitalar, para buscar a resolução de dilemas éticos que não devem basear-se somente em respostas monodisciplinares por parte dos médicos. Destaca a necessidade de que as ações dos juristas se enriqueçam com o discurso e análise pluralista e multidisciplinar.

Palavras-chave: Limitação de esforços terapêuticos (LET), bioética, unidades de cuidados intensivos (UCI), dilemas éticos, princípios da bioética.

INTRODUCCIÓN

Se pretendió con esta investigación comprender los dilemas éticos que se generan en la toma de decisión de limitar los esfuerzos terapéuticos a pacientes de unidades de cuidados intensivos (UCI), en la triada familia- paciente, equipo de salud- Estado (según la percepción de jueces y fiscales).

Cuando se enfrenta por parte de los profesionales de la salud situaciones clínicas críticas derivadas de patologías graves y de mal pronóstico

en los pacientes, se deben tomar decisiones de limitar o no los esfuerzos terapéuticos (LET). Dichas decisiones desembocan naturalmente en acortar la vida o prolongarla en el tiempo. Tales decisiones generan gran cantidad de dilemas éticos, dificultades para la toma de esas decisiones y muchas veces conflictos entre quienes desempeñan algún tipo de papel en el proceso; con lo cual aflora, de manera importante, el rol que pueden tener las familias y/o los representantes legales de los pacientes, quienes se convierten en el eje de la discusión y del proceso de toma de decisiones.

Hoy, a pesar de los avances científicos y de los pocos adelantos normativos, parecen estas decisiones ser discrecionales del equipo médico, derivadas en gran medida de estructuras morales personalísimas de quienes toman las decisiones y con un importante argumento de temor a los señalamientos que pudieran hacer las autoridades que tienen como cometido el señalar a los responsables de conductas punitivas.

No menos importante resulta advertir que las familias o representantes legales de los pacientes, en quienes recaen las limitaciones de esfuerzos terapéuticos a primera vista, parecen tener un papel preponderante en el proceso de toma de decisiones, pero la realidad es bien distinta ya que son tenidas en cuenta por los otros actores en la medida que asumen un rol protector para que las limitaciones que se decidan no se conviertan luego en motivo de controversias judiciales. Es decir, su importancia más allá de preocuparse por tomar la mejor decisión para el paciente, lo que busca es blindar las decisiones del equipo médico de posibles demandas o señalamientos punitivos.

Autores como Gherardi¹, han llegado a concluir que fenómenos complejos como el de la obstinación terapéutica, en los cuales se da una excesiva aplicación de procedimientos tecnológicos, se presenta probablemente por expectativas de curación o como respuesta a los imaginarios producto entre otras cosas como una manifestación de la sacralización de la vida biológica.

También se dice que procedimientos como el de limitar los esfuerzos terapéuticos han resultado tardíos: «sólo después de una larga controversia se ha aceptado el reconocimiento del derecho, a ser dejado en paz, a no ser tocado sin autoriza-

ción, a poder rechazar rotundamente el tratamiento que puede salvar la vida»². Y en relación con la autonomía «si las personas competentes pueden rechazar personalmente el tratamiento, en principio no debe existir objeción moral, secular alguna a que lo hagan a través de un agente o mediante instrucciones anticipadas»³.

Según Thompson *et al*⁴, las voluntades anticipadas son de gran importancia ya que «mediante esta declaración anticipada una persona podrá manifestar su voluntad sobre los cuidados y tratamientos a los que desearía ser sometida en el evento de que se encuentre en una situación en la cual no esté en condiciones de expresar su consentimiento personalmente»⁵.

Las LET en Colombia resultan una práctica poco clara, porque no todos los equipos de salud las ejecutan similarmente, debido, según los hallazgos, a diferencias morales de los operadores clínicos, a la precariedad normativa que en Colombia se reduce a una norma de inferior categoría, la Resolución 1216 de 2015⁶. No existen leyes específicas que las regulen, y de debe recurrir a normas aisladas o a la interpretación que de estas hagan las altas cortes.

¹ GHERARDI, Carlos R. *Vida y Muerte en Terapia Intensiva. Estrategias para conocer y participar en las decisiones*. Buenos Aires: Editorial Biblos, 2007.

² ENGELHARDT, Tristram. *Fundamentos de la bioética*. Barcelona: Paidós, 1995, p. 381.

³ *Ibid.*, p. 384.

⁴ THOMPSON, Trevor *et al.* «Adherence to advance directives in critical care decisions making: vignette study». *BMJ* 2003;327:1011. M Lahn, B Friedman, P Bijur, M Hayghey, EJ Gallagher. «Advance directives in skilled nursing facility residents transferred to emergency departments». En *Rev. AcadMerg Med* 2001 Dec, 8 (12):1158-62. Lars Sandman *et al.* «Ethical Considerations of Refusing Nutrition After Stroke». *Nursing Ethics*, 2008, 15: 147-159.

⁵ LEÓN C., Francisco Javier. «Las voluntades anticipadas: análisis desde la experiencia en ética clínica». En *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 3 N.º 2, pp. 83-101. Universidad El Bosque. Bogotá: Kimpres, 2008.

⁶ Mediante la Resolución 1216 de 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, reglamentó la eutanasia y dictó las directrices para conformar los Comités Científico- interdisciplinarios, para el derecho a morir dignamente, en cumplimiento con la Sentencia T- 970 de 2014 de la Corte Constitucional.

Alrededor de esto se dan desconocimientos, temores y dilemas; esas decisiones tienen orígenes diversos: pueden mencionarse solicitudes previas o inmediatas de los pacientes, de las familias, decisiones del equipo de salud o de alguno de sus miembros de manera individual, entre otros.

La investigación tuvo en cuenta básicamente cuatro categorías: dilemas éticos, toma de decisiones en los diferentes actores de la triada señalada; modelos de toma de decisiones y otras categorías no centrales que definen de manera particular algunos subtemas.

1. METODOLOGÍA

Se escogió una metodología mixta centrada en problemas prácticos. Su utilización como corriente metodológica trata de integrar métodos cuantitativos y cualitativos, y según Campos⁷, procura minimizar las limitaciones y aprovechar fortalezas que ellos ofrecen individualmente considerados.

La aplicación de esta metodología, según Rodríguez⁸, permite de manera concreta que el objeto de estudio (dilemas éticos en las decisiones de LET en UCI), se haga con distintas perspectivas y se contraste (comparación de datos, teorías, puntos de vista del investigador, contextos, instrumentos, posturas de cada uno de los integrantes de la triada, entre otros).

Se hizo muestreo teórico (se escogieron todas las UCI de Pereira y de ellas los médicos direc-

tores de esas unidades en un número de cuatro, porque uno de los médicos intensivistas no permitió su participación y tres profesionales de enfermería). Se escogieron sitios y personas que permitieran al máximo potenciar las comparaciones. Desde el punto de vista cuantitativo se aplicó un cuestionario al personal clínico, instrumento que fue elaborado por el investigador y luego validado por expertos; los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva e inferencial. Se trabajó desde el programa Epi Info 6 y las gráficas fueron hechas en el programa de Excel.

Se reconoce que la parte fuerte de la investigación la dio el análisis cualitativo que se hizo de los datos generados por entrevistas individuales semiestructuradas a cada uno de los tres actores (familiares, personal de salud y el Estado -jueces y fiscales-). Se utilizó para el análisis el enfoque de la teoría fundamentada (se desarrollaron el método de comparación constante y el muestreo teórico) y se apoyó el análisis en el programa ATLAS ti. La encuesta permitió agrupar y cuantificar las respuestas para levantar cifras y determinar las relaciones entre esas respuestas y en relación con la pregunta de investigación y por último se hizo la triangulación con la información recogida con las técnicas cualitativas.

Se escogieron sitios y personas que permitieran al máximo potenciar las comparaciones. Se visitaron unos y otros sitios buscando saturar categorías. Se fueron validando los datos, mediante la comparación con otros datos de estudios anteriores o con los nuevos datos que iban llegando, hasta lograr la saturación (donde no aparecían datos nuevos que estuvieran emergiendo en las entrevistas). El saturar estas categorías permitió darle densidad y precisión a estas.

En resumen, se hizo análisis; conceptualización para descubrir y construir patrones de acción e

⁷ CAMPOS A. Agustín. Métodos Mixtos de investigación. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio, 2009, p. 33.

⁸ RODRÍGUEZ S. Clemente. «La triangulación analítica como recurso para la validación de estudios de encuesta recurrentes e investigaciones de réplica en educación superior». En *Revista electrónica de investigación y evaluación educativa*. Universidad de Valencia España. Año/vol 12, N.º 2, 2 pp. 289-305. [En línea]. [Fecha de consulta 20 de abril de 2011] Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx>

interacción entre los distintos comportamientos de los actores; se verificaron los procesos descubiertos para la práctica de las LET, con los mismos entrevistados; se hizo énfasis en los patrones de acción/interacción para que se den las LET y su relación con los condicionantes internos y externos del proceso; posteriormente, se generó teoría. En la parte final, del artículo se presentan modelos explicativos de la conducta de la triada «paciente familia, personal clínico y Estado» en relación con las LET.

2. RESULTADOS

2.1 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS CUANTITATIVOS

Se hizo la caracterización de persona, tiempo y lugar. Se determinó que la muestra estaba conformada por el 57 % de médicos y 43 % enfermeras. De ellos el 71 % especialistas, 14 % con maestría y el porcentaje restante solo con pregrado. Respecto a las convicciones religiosas manifestaron seguir algún credo el 85 % y no tenerlas el 15 %, el 57 % manifestó no haber recibido formación en bioética. En relación con la edad el 28 % manifestó tener más de 52 años, el resto edades menores a la anterior. El 42 % de los entrevistados manifestaron tener más de 20 años de ejercicio y los otros por debajo de este patrón. Un 71 % consideró que es diferente la eutanasia y las limitaciones de esfuerzos terapéuticos. Un 71 % admitió que en sus lugares de trabajo se tomaban decisiones de LET, y que incluso también se excluían pacientes de todo tipo de atención, como cuando se niega la entrada a una UCI.

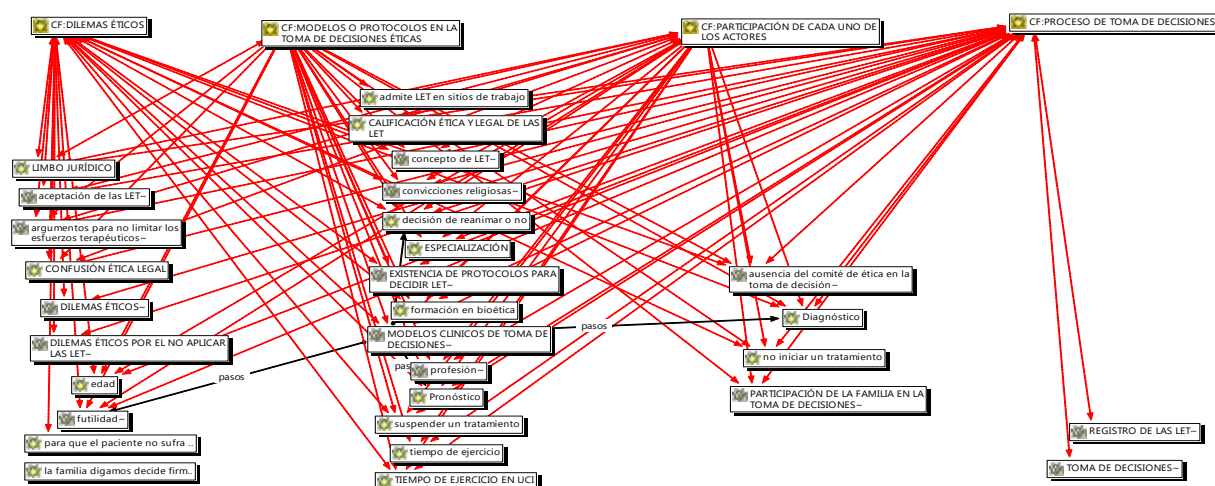
Con respecto al cuestionamiento de quien participa en la toma de decisión de las LET, las opiniones estuvieron divididas y solo en un pequeño porcentaje se advirtió que era una decisión de los médicos y un 66% advirtió que se tiene en cuenta la decisión del paciente. Se pudo verificar que hay un subregistro impor-

tante de estas conductas en las historias clínicas, básicamente por temor a evidenciarse ante las autoridades. Con respecto a la pregunta de identificación de problemas éticos en ese proceso de toma de decisión de limitar el esfuerzo terapéutico el 71 % así lo hizo saber, el 57 % manifestó que no tienen ninguna duda con respecto a los pacientes de mal pronóstico. El 100 % de los clínicos manifestó que es una decisión en que siempre participa la familia. El 57 % conceptuó que es decisión de equipo de salud, lo que en la entrevista pudo desecharse cuando se advirtió que el equipo para el personal médico eran los mismos colegas médicos, el 86 % de los encuestados no consideraron importante que en las decisiones participe el personal de enfermería. Hay que destacar que en estas decisiones nunca intervienen los miembros de los comités de ética, el 57 % manifestó no tener problema para decidir sobre órdenes de no reanimar, y en igual porcentaje de suspender ventilación mecánica.

2.2 LAS EVIDENCIAS DEL EQUIPO CLÍNICO

Se agruparon cuatro dimensiones (agrupaciones) de evidencias: Dimensión de dilemas éticos, Modelos o protocolos en la toma de decisiones; Participación de cada uno de los actores de la triada en concepto del personal clínico y Proceso de toma de decisiones Se determinaron cuatro dimensiones a propósito de los objetivos de la investigación, en las cuales se podía graficar de manera resumida las entrevistas (dilemas éticos de los clínicos de UCI. respecto de las decisiones de LET «básicamente los directores de cuatro unidades de cuidados intensivos y algunos profesionales de enfermería de esas UCI», modelos o protocolos en la toma de decisiones de los clínicos respecto de las LET, participación de cada uno de los actores de la triada en concepto de los clínicos en el proceso de toma de decisiones de LET (véase figura 1).

Figura 1. Representación gráfica de las evidencias del equipo clínico



Fuente: Elaboración propia.

Las evidencias halladas y agrupadas en cada dimensión se explican en las divisiones siguientes:

2.2.1 Dimensión de los dilemas éticos: Se agruparon en esta dimensión varias situaciones que a juicio de los entrevistados son dilemas éticos, todos relacionados con su ejercicio clínico y en consonancia con las limitaciones de esfuerzos terapéuticos (LET).

Se identificaron en algunas entrevistas dilemas relacionados con las LET por los mismos participantes y en otros casos manifestaron no tener ningún dilema, por lo menos en lo que concierne a su propia actuación. Otros manifestaron dilemas por la aplicación de las LET y otros por la no aplicación. Se encontraron afirmaciones en torno a la presencia de dilemas éticos en todo el proceso de toma de decisión, esto es antes, durante y posterior a la LET.

Se procedió, buscando una mayor comprensión del tipo de dilemas descritos, a hacer una clasificación de esos acontecimientos que los sujetos investigados propusieron como dilemas:

- éticos frente a la oferta y disponibilidad de recursos;
- según la inmediatez con la que debe tomarse la decisión;
- derivados de lo que los entrevistados consideran un limbo jurídico;
- frente a las manifestaciones previas del paciente respecto de sí o no acepta las LET;
- frente al juramento hipocrático;
- frente a las convicciones religiosas;
- según la escuela de medicina de donde provienen los médicos;
- frente a valoraciones subjetivas (en algunos casos mágico religiosas);
- frente a falta de certeza respecto de la condición clínica del paciente;
- frente a los registros clínicos;

- frente al pensamiento de otros miembros del equipo de salud respecto de las LET;
- sobre cuánto y cómo informar al paciente sobre su condición y pronóstico en relación con la posible LET.

2.2.2 Dimensión de «modelos o protocolos en la toma de decisiones»: Se partió en esta dimensión de dos códigos muy importantes y que fueron parte de los hallazgos durante las entrevistas: Conceptualización de las LET y Admitir que se hacen LET en los sitios de trabajo.

2.2.2.1 Admitir que se hacen LET en los sitios de trabajo: Este concepto es definitivo y está presente en dos familias o agrupaciones de conceptos (en el de protocolos para la toma de decisiones y en el de la familia en que se habla de la participación de cada uno de los actores en el proceso de LET). Se evidenció en algunas respuestas el temor a admitir de manera frontal que sí practican LET. Otro dato importante lo constituye advertir que se menciona por parte de los entrevistados que se dan las limitaciones de esfuerzos terapéuticos en dos momentos (antes de ingresar a la unidad de cuidado intensivo y después de su ingreso a la uci).

- **Cómo se dan las LET antes de ingresar a una UCI:** Para admitir o no el ingreso a la UCI, se encontró el comentario siguiente: «Hay algunas consideraciones que limitan el ingreso de los pacientes [...] es un protocolo de ingreso a UCI» (p: 1 transcripción m 001). No hay referencia por parte del entrevistado a criterios diferentes a los clínicos, parece limitarse la decisión a la aplicación de lo que el entrevistado denomina como escala.

El pronóstico es un elemento importante a la hora de aplicar las LET, antes del ingreso a la UCI: «Si evidentemente hay pacientes

que no llegan a la UCI, por decisión médica debido a las circunstancias clínicas del paciente y a su pronóstico» (p: 5 transcripción 005).

- **LET estando el paciente en la UCI:** En términos generales los profesionales de la salud (médicos y enfermeras) de las UCI entrevistados, plantearon que las decisiones éticas las soportaban en el manejo de protocolos clínicos. Consideran que a pesar de los dilemas, las decisiones que se toman siempre son éticas. Es decir, que si se hace bien lo clínico, no quedan dilemas éticos. Igual de importantes fueron los conceptos de la futilidad y el pronóstico.

En el manejo que el personal clínico hace de las LET a través de modelos o protocolos, los entrevistados hicieron alusión de las siguientes situaciones que se tienen en cuenta:

2.2.3 Condiciones respecto del paciente para tomar la decisión

2.2.3.1 Edad del paciente: Es importante recalcar que a menor edad la decisión es más difícil de tomar para el equipo médico. En los pacientes ancianos cuyo cuadro clínico sea de mal pronóstico y por ende se dé condición de futilidad frente a las acciones se resuelve de manera fácil el aplicar LET. Al preguntársele a la enfermera sobre cuál es la situación clínica determinante para las LET? Sin ninguna vacilación respondió: «No, el mal pronóstico del estado de los pacientes».

2.2.3.2 Análisis de casos específicos: «La LET esencialmente se hace cuando habiendo analizado un caso específico de un paciente sea con una descompensación aguda, previamente sano; o un paciente crónicamente enfermo y sufre una descompensación aguda y requiere la intervención en la UCI, pese a los esfuer-

zos terapéuticos este paciente se configura en un pronóstico ominoso, uno decide si hacer y continuar los esfuerzos terapéuticos van a ser fútiles o no, si los esfuerzos terapéuticos son fútiles y no van a llevar a que el paciente logre compensar esa alteración aguda de su biología y de su fisiología corporal no vamos a poder sobrellevarlo y entonces tomamos la decisión de hacer LET» (p: 8 transcripción m 004). Con estas afirmaciones se advierte que no pueden haber algoritmos que se apliquen a todos los pacientes, porque cada caso es único y como tal su manejo. La condición de futilidad o el pronóstico pueden ser circunstancias sobrevinientes en los pacientes de UCI, dicha evolución del estado de salud del paciente, condiciona los esfuerzos que se le brindará.

2.2.3.3 Futilidad: La condición de futilidad y mal pronóstico como ya se ha dicho sirven para hacer LET, que puede consistir incluso en sacar al paciente de la UCI «si yo he sacado pacientes en los cuales uno considera que la expectativa de vida a corto plazo, a corto plazo digo en horas es poca, pero consensuado con la familia» (p: 6 transcripción m 003).

2.2.3.4 Con respecto a la donación de órganos: Se observa de alguna manera que se dan unos procedimientos de análisis éticos, que sin considerarlos los entrevistados como protocolos, se aproximan un tanto a su significado; quizá de manera importante en aplicación de la teoría ética del utilitarismo.

2.2.4 Características propias del personal médico

2.2.4.1 Decisiones de LET relacionadas con la formación en bioética: La formación en bioética aparece transversal en las cuatro categorías de análisis (dilemas éticos, modelos o protocolos en la toma de decisiones de LET, participación de cada uno de los actores de la

triada y proceso de toma de decisiones), porque de alguna manera se hace mención de ella.

La no formación en bioética evidencia en todo el discurso del médico que las decisiones se toman de manera monodisciplinar. Y al preguntar ¿reconoce en el personal que cotidianamente trabaja con usted, si tienen alguna formación en ética, bioética, o por lo menos conocimiento para analizar las diferentes situaciones dilemáticas que se les presentan? Y respondió «Sí, hay un desconocimiento, realmente creo que no existe, un conocimiento ético con respecto a las tomas de decisiones en la mayoría las unidades de cuidados intensivos del país, no hay una normatividad y las consideraciones que uno toma, además por la experiencia o sea que uno ha tenido» (p: 1 transcripción m 001).

2.2.4.2 Decisiones de LET relacionadas con el tiempo de ejercicio: El tiempo de ejercicio en la UCI, la edad y la toma de decisiones parece estar relacionada con la «facilidad» para tomar las decisiones de LET, como se tratará de evidenciar con los diferentes testimonios. Se ha relacionado el tiempo de ejercicio con la posibilidad o no de tener mayor aceptación del proceso de muerte «en el entendido de que la vida es un proceso en el cual se nace, se reproduce y finalmente muere». (p: 8 transcripción m 004).

Manifestó también que la actitud de «quienes tienen experiencia en UCI con respecto a las LET es más permisiva, en el sentido que los médicos que recién empiezan como los residentes, se encarnizan con los pacientes y les hacen todo procedimiento hasta que uno de los profesores le advierte bájele volumen». (p: 5 transcripción m 005). Fue claro en manifestar que la inexperiencia conduce al encarnizamiento terapéutico, por temor y porque no hay experiencia respecto del manejo de la muerte. Esto lo relaciona con el tiempo de ejercicio, la edad la especialización.

2.2.4.3 Decisiones de LET en relación con las convicciones religiosas del personal médico:

De alguna manera se puso en evidencia que las convicciones religiosas condicionan el proceso de toma de decisiones. Algunos manifestaron no ser practicantes de ninguna religión «No soy practicante de ninguna religión». A pesar de esa manifestación, advirtió más adelante como las decisiones que se pueden tomar tienen alguna influencia de la religiosidad de las personas que en ellas intervienen.

2.2.4.4 Existencia de protocolos éticos para la toma de decisiones en LET:

Al preguntar si se tiene algún protocolo para resolver dilemas éticos en la UCI, con el resto del personal de salud, la respuesta es categórica en todos los casos «Protocolo con el apalancamiento sobre la ética No». Alguno de los entrevistados manifestó categóricamente que como la LET no es una práctica institucional, por ese motivo no existen protocolos para ella.

2.2.4.5 Con respecto a las normas existentes:

Según uno de los médicos entrevistados, volver norma las LET o la eutanasia traerá más complicaciones que beneficios y las dificultades éticas por su confusión frente a la imprecisión normativa y el poco desarrollo ético en estos temas, interviene de alguna manera en el proceso de toma de decisiones respecto de las LET.

2.2.4.6 Con respecto a los registros clínicos de las LET:

Se evidenció un subregistro en las LET, como lo manifestaron algunos entrevistados. Se da en gran medida primero por el vacío jurídico que se cree existe y segundo por el temor a que se hagan imputaciones éticas y o legales derivadas de esa ambigüedad jurídica. El pronóstico es un factor importante en el registro que se hace en la historia clínica, en relación con la LET.

2.2.5 Dimensión de participación de cada uno de los actores: la familia**2.2.5.1 Participación del paciente en la toma de decisión:**

Se recalcó la importancia de hablar con el paciente: «Siempre, mientras está consciente siempre el especialista habla con el paciente... No, y fuera de eso está protocolizado que después que el especialista y la enfermera habla con los familiares de los pacientes y ahí se toman decisiones» (p: 9 transcripción e 002).

2.2.5.2 Participación de la familia en la toma de decisión:

La participación de la familia, como se va a presentar reiterativamente en este trabajo y hablando por ahora solo desde el punto de vista de los clínicos, se da de dos maneras: una en la cual el familiar participa en la toma de decisión y otra solo como un legitimador de la acción de LET; es decir, como un seguro que garantizará no imputaciones éticas ni legales posteriores.

Se observó que es la familia el punto de partida de la LET, pero en otras entrevistas se vio la familia como punto de llegada. La familia es tenida en cuenta solo al final del proceso y como un seguro que garantice cierta tranquilidad, con respecto a que no se den imputaciones posteriores de ningún tipo.

Participación del Estado en la toma de decisión:

Se presentaron algunas manifestaciones en favor del vacío jurídico y en contra de la aprobación de normas que reglamenten las LET y la eutanasia «Pues, ese sería para mí lo más doloroso de la aprobación de la eutanasia, porque en Colombia se corre el riesgo de que la eutanasia se vuelva un homicidio definitivamente pagado como tal para mejorar la rentabilidad económica del sistema de salud. Ese es el gran riesgo para mí de la eutanasia en Colombia, por eso no estoy de acuerdo pese a que la he practicado y la sé, pienso que es una cosa que debe seguir siendo del resorte del médico y del paciente y de su familia; en un contubernio de esa relación y de ese secreto que existe entre esas dos personas» (p: 8 transcripción m 004).

Participación de los comités de ética hospitalaria: Al preguntarse: ¿Esas decisiones de LET en algún momento son consultadas con los comités de ética hospitalaria⁹? Se obtuvieron respuestas como «En la institución No existe ese comité, eso se toma dentro del interior del grupo de trabajo que esté en ese momento» (p: 10 transcripción e 005).

Dimensión de «proceso de toma de decisiones»: Se ve dificultado por las confusiones que pueden generarse por la ambigüedad normativa que se ha denominado limbo jurídico y que se evidencia por ejemplo: «Tiene poco asidero en la ley decir que yo voy a hacer atención en salud y que tengo un protocolo de LET, es muy complicado; entonces como protocolo no existe. Sale más bien de una necesidad del día a día del médico tratante del paciente y de la familia, en la cual llegan a una conclusión de que esos esfuerzos del día a día, no están siendo efectivos y por tal motivo esa misma familia es la que en últimas nos colabora en tomar la decisión» (p: 8 transcripción 004) actúa como condicionante de la práctica de las LET, la confusión legal que se desprende del llamado limbo jurídico¹⁰ existente en Colombia.

Al preguntársele a una enfermera, **¿con base en qué se decide limitar los esfuerzos terapéuticos en los sitios donde usted ha trabajado?** Respondió: «En la calidad de vida de la persona, si se tiene alguna posibilidad de recuperar esa posibilidad de vida o si definitivamente la persona va a quedar con una muerte encefálica».

⁹ La norma que en Colombia regula los comités de ética hospitalaria es el Decreto 1757 de 1994 artículos 15 y 16.

¹⁰ Existen varias normas no específicas y casi todas ellas de inferior categoría en el marco normativo, al es el caso de la Resolución 1216 de 2015 y que ya está demandada.

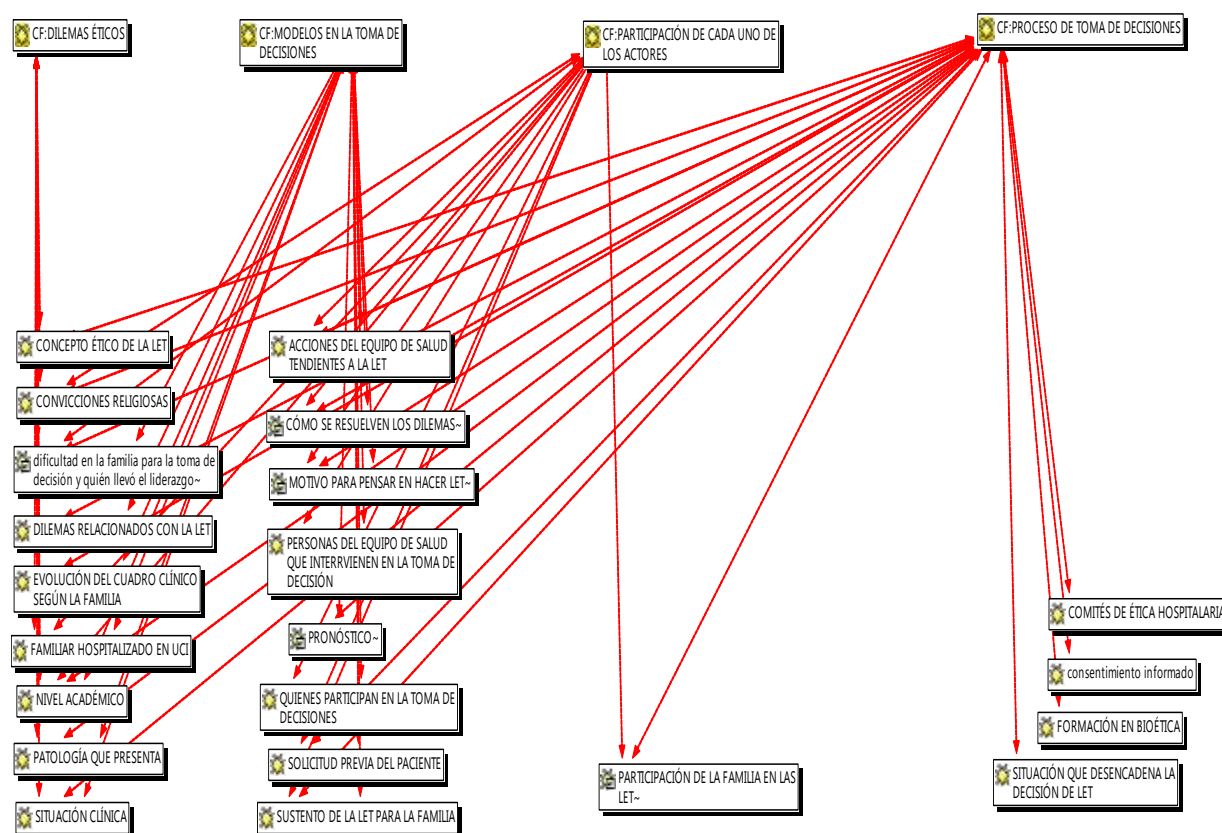
2.3 EVIDENCIAS DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS A LOS FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI Y QUE HABÍAN SOLICITADO LET

El entrevistar a los familiares fue un poco más difícil que con el personal clínico. Los motivos fueron diversos: falta de confianza con el entrevistador, el tiempo limitado para la visita de su familiar, temor a reconocer su preferencia en público por las LET, sus condiciones emocionales ante el proceso que estaban sufriendo, entre otras. Básicamente se determinaron 22 códigos y las codificaciones se agruparon en cuatro dimensiones: dilemas éticos, identificación de procesos en la toma de decisiones en la familia, actores que la familia identifica como partícipes del proceso de LET y descripción del proceso central de toma de decisiones relacionadas con las LET. Una vez estructuradas las dimensiones, se construyó una red con ellas a la cual se denominó «comprensión integral de las LET por las familias en la UCI» (véase figura 2).

Básicamente se determinaron cuatro dimensiones en las cuales se podía graficar de manera resumida las entrevistas (dilemas éticos de los familiares de pacientes hospitalizados en UCI respecto de las decisiones de LET, modelos en la toma de decisiones de la familia respecto de las LET, participación de cada uno de los actores de la triada en concepto de la familia en el proceso de toma de decisiones de LET, y por último el modelo de toma de decisiones que en concepto de las familias son los pasos que se siguen en relación con las LET).

En cada una de las dimensiones se ubicaron en la parte inferior unas categorías que aparecen directamente relacionadas de manera específica. La tercera dimensión solo tiene una categoría en su nivel inferior que se relaciona además con la cuarta dimensión. Importante resaltar

Figura 2. Comprensión integral de las LET por las familias en la UCI



Fuente: Elaboración propia

que todas las categorías de las otras dimensiones se relacionan directamente y soportan la última dimensión, que precisamente tiene que ver con el proceso de toma de decisiones. Se evidencia con las flechas punteadas, las relaciones que existen entre categorías de una dimensión con las de otras dimensiones.

2.3.1 Dilemas éticos identificados por las familias para tomar las decisiones de LET: Buena parte de los dilemas se relacionan con las convicciones religiosas de los entrevistados y de su nivel académico.

2.3.1.1 Dilemas por convicciones religiosas: En términos generales respecto de las convicciones religiosas, parece que se convierten en

un escollo a la hora de tomar decisiones de LET y que algunas personas que aceptan las LET, manifestaron no profesar religión alguna y los que sí la profesan parece que le hacen el «quiebre» (asumen la moralidad con relativismo) al momento de tener que decidir.

2.3.1.2 Dilemas en relación con el nivel académico: Parece que el nivel académico de cierta manera les permite relativizar la ética, en la medida que se afirma que cada uno, según su modo de pensar, toma las decisiones que crea convenientes; además, distancia en alguna medida del pensamiento mágico religioso.

2.3.1.3 Dilemas de los familiares relacionados con los esfuerzos terapéuticos: Como se

argumentará más adelante, algunos familiares se sintieron menos culpables por las decisiones que se toman cuando quien figura como el responsable de ella es otro (quien firma el consentimiento informado).

2.3.1.4 Dilemas éticos por el deterioro de la atención al sacarlo de una UCI, como consecuencia de haber asumido las LET: «Cuando el paciente es que sale de la unidad, haber, al tomarse la decisión de no hacer ningún procedimiento de reanimación, la recomendación de los médicos era que se iba a sacar de UCI para pasarla a piso. Se saca a piso, empieza uno a notar una gran diferencia en cuanto a la frecuencia y a la calidad de atención por esto pues del equipo de salud. Entonces de verdad que se genera muchísima angustia cuando uno no ve celeridad en la atención de requerimientos del paciente. Por ejemplo en la aspiración de secreciones, movilidad, cambios de posición» (p: 2 transcripción f 002).

2.3.1.5 Dilemas éticos relacionados con discursos contradictorios del médico tratante: Esto es porque un profesional que asume unas posturas y que no parece tener él mismo dilemas, a veces en su discurso con los familiares se contradice.

2.3.1.6 Dilemas éticos por la falta de entendimiento de la condición clínica: En muchos casos pareció estar relacionado con el bajo nivel académico de los entrevistados, pero en otros se evidenció la falta de contacto de los familiares con el personal clínico: «Preferirían hacer hasta lo imposible para mantenerlo con vida por así decirlo, mantener la vida de una persona, una vida biológica; porque realmente no sabemos en qué estado va a quedar el paciente» (p: 5 transcripción f 005).

2.3.1.7 Dilemas relacionados con la patología que presenta, la evolución de esa enfermedad

y su situación clínica: Según manifestaciones del intensivista respecto de un paciente y sus familiares, hubo una petición para que se practicara LET, debido al estado clínico grave de la paciente; pero al momento de entrevistar a la familia, la información que se dio fue totalmente diferente: «El estado clínico de la paciente era supremamente grave y que el pronóstico prácticamente era ninguno. Ante esa situación la familia por iniciativa propia pidieron al equipo médico se limitaran los esfuerzos terapéuticos y se permitiera que la paciente muriera. El equipo médico continuó con la atención y la paciente inexplicablemente como lo relata el médico, mejoró» (p: 1 transcripción f 001).

Otro argumento frecuente de los familiares y que según ellos es generador de dudas, es pensar que el médico se puede estar equivocando y que puede ser posible que su familiar tenga alguna sobrevida: «A veces percibe uno cierta inseguridad, será que si no tomo esta decisión el médico se puede equivocar» (p: 2 transcripción f 002). Como se mencionó antes, la desinformación de los familiares respecto de la real situación clínica del paciente puede generar dudas respecto de si asumir o no las LET, «porque realmente no sabemos en qué estado va a quedar el paciente» (p: 5 transcripción f 005).

La situación clínica es un punto de partida de las LET, pero no se da en todos los casos, según manifestaciones del médico intensivista: «El estado clínico de la paciente era supremamente grave y que el pronóstico prácticamente era ninguno» (p: 1 transcripción f 001).

En algunos casos la sola situación clínica, hace que se decida; aquí el problema es el consenso: «No siempre que venimos que está mal, mal, le sacan exámenes que todo lo sale mal, y nos dijeron el viernes que duraba 24 horas y hoy estamos a lunes y yo lo veo lo mismo; las manos hinchadas, los pies hinchados, muy decaí-

do, muy decaído». «Pues yo estuve dialogando con una de mis hermanas que a él realmente lo están martirizando mucho, que una cosa, que la otro. Pues para mí, que lo desconecten y que se muera ligero». «Con una hermana, la que le sigue a la mayor estábamos de acuerdo, pero mi hermana la que está aferrada a él y él a ella no quiere, que hay que hacerle lo máximo, lo máximo, lo máximo a papá que de pronto vive; y no papá en las condiciones que está ya no vive». «No, pues mi hermana es una que no acepta eso, sino que lo quiere ver es ahí; que vengamos y lo veamos, lo veamos y lo veamos y que mi Dios se acuerde de él; pero cuándo, pero cuándo y él con tanto sufrimiento» (p: 3 transcripción f 003).

2.3.2 Identificación de procesos en la toma de decisiones de LET en la familia: Los conceptos de los familiares de pacientes de UCI respecto de cómo se resuelven los dilemas fueron: «No yo creo que eso es cada cual toma la determinación como mejor le parezca, y que uno sepa que sea ético o no ético, sino cada uno de acuerdo con su modo de pensar» (p: 5 transcripción f 005).

Uno de los argumentos que estuvo presente en las entrevistas lo constituye, la manifestación previa sobre algún tipo de patología que resultaba inaceptable padecerla, como el cáncer: «Primero no someterla al dolor que le temía, un dolor de un cáncer, sí; que eso sí lo manifestó ella siempre en vida, que Dios me libre de padecer los dolores de cáncer» (p: 2 transcripción f 002).

En igual sentido se manifestó otra de las familiares pero refiriéndose a ella misma «Sí, inclusive yo soy una persona que tengo 54 años, tengo tres hijas, una de 25, una de 27 y una de 31; y yo les digo a ellas, el día que yo esté postrada a una cama y que no puedan batallar más conmigo, estoy de acuerdo con la inyec-

ción... ¿Cómo es? Con la eutanasia, porque deja de sufrir uno y deja de sufrir la familia» (p: 2 transcripción f 002).

2.3.2.1 Argumentos que tiene la familia para autorizar las LET: En uno de los casos en que la entrevistada manifestó ser enfermera, el argumento para que se hiciera la LET, fue: «la experiencia que yo he tenido en clínica era suficiente para decidir» (p: 2 transcripción f 002). La argumentación que hizo el sacerdote resultó definitiva en un grupo de personas todas católicas: «Sí, y de hecho todos lo comentamos y porque él siendo sacerdote, porque se mostraba con esa apertura tan amplia y porque definitivamente recomendaba esa decisión, pero pienso que la iglesia tiene que ir evolucionando. Aunque yo soy cristiana, católica, apostólica, pero creo que se tiene que ir abriendo a muchas posibilidades y a no ser inquisidora cuando se toman ese tipo de decisiones» (p: 2 transcripción f 002).

2.3.2.2 Motivos de los familiares para pedir las LET: No siempre se toma la decisión de LET de una sola vez. Algunas veces se recurre a procedimientos progresivos, pero el pensamiento parece estar orientado hacia esa perspectiva terapéutica, como lo demuestra este testimonio de una familiar que según informó el intensivista, ya habían pedido con anterioridad la LET y en la entrevista asumieron una postura diferente: «No pues no la tomamos en ese momento, solamente dijimos que le colocaran el respirador» (p: 1 transcripción f 001).

Un argumento no en favor, sino en contra de las LET se encontró en varios de los casos analizados: «Yo en mi concepto no, porque eso no lo resuelve sino el de arriba» (p: 4 transcripción f 004). Un argumento que ya se ha tratado en otras codificaciones anteriores, es el que en algún momento se avizoró que las LET, se daban en algunos casos para evitar el sufri-

miento pero de la familia, no del paciente y se encontraron respuestas como: «No es tanto en la familia, sino en el estado del paciente» (p: 5 transcripción f 005).

En familiares con formación universitaria se mencionó: «Y siendo católica y creyendo pues en Dios, pienso que no solo se basa en que Dios lo pueda aliviar, sino que claramente la medicina y la biología demuestra en que hay momentos en que no se puede hacer, o sea que no se puede prolongar algo que está ahí» (p: 5 transcripción f 005).

2.3.2.3 ¿Cómo se resuelven los dilemas que surgen de tener que tomar la decisión de LET?: Se maneja como una decisión, según la perspectiva particular de cada persona: «Cada cual toma la determinación como mejor le parezca, y que uno sepa que sea ético o no ético, sino cada uno de acuerdo con su modo de pensar» (p: 1 transcripción f 001).

Las actitudes de los familiares con el equipo de salud cambian, en la medida de la afectación y la gravedad del paciente y los juicios que los familiares se hacen respecto del manejo que se está dando; muchos familiares tienen dudas respecto de lo que se está haciendo que muchas veces no contrasta con las expectativas de los familiares. «Es tanto el estrés que se empieza a vivir que definitivamente uno responde como un tanto agresivamente y se vuelve muy demandante y muy exigente con el equipo de salud» (p: 2 transcripción f 002).

Los dilemas, en buena medida, son resueltos por la confianza que se genera en la relación con el médico tratante: «Yo creo que eso depende mucho de la calidad y del sentido humanístico del profesional que esté atendiendo. Mi mamá fue atendida por medicina prepagada, por Suramericana, una póliza supremamente buena; y a pesar de que hubiesen tenido la

posibilidad de explorar otros procedimientos y diciéndolo abiertamente de sacarle más plata a la póliza, el neurocirujano fue una persona supremamente consciente, respetuosa y supo asesorar más bien no hacer ningún tipo de procedimiento, aunque estuviera afectando directamente su bolsillo. Yo siento que para mí y para mi familia sí hubo un excelente acompañamiento, muchísimo apoyo, por parte de los especialistas, neurocirujano e intensivista» (p: 2 transcripción f 002).

Hacer primar los intereses del paciente es otra forma de resolver los dilemas. Se habla de ser corresponsables con el sentimiento de gratitud que les embarga por tratarse de la madre. «De verdad que honestamente el dolor del paciente, prima eso porque definitivamente es la madre, el ser que le dio a uno la vida, el que le dio parte de su vida, el que le dio todas las enseñanzas, el que hizo de uno una persona de bien, entonces de verdad que ese sentimiento de gratitud hacia ella lleva en todo momento el querer que no sufra, que tenga muy buena calidad de vida, entonces sí prima que el ser querido esté muy bien. Más que el deseo propio o el deseo de la familia de que perezca someternos a una tortura bien larga cuidándolo todos los días» (p: 2 transcripción f 002).

El consenso familiar en las decisiones que se toman es otra forma de manejar las situaciones dilemáticas: «Inmediatamente el neurocirujano explicó cuál era la situación, inmediatamente todos en consenso, dijimos no, no queremos que ella sufra, no queremos que a ella le hagan ningún esfuerzo de reanimación. No queremos que vaya a quedar hemipléjica con una limitación física bien grande y más como le digo con el temperamento y con la situación que ella manejaba con su propia vida» (p: 2 transcripción f 002).

2.3.2.4 Acciones del equipo de salud, tendientes a las LET, según el concepto de los fami-

liares: Es claro que las decisiones se buscan para lograr la participación del mayor número de familiares: «Pues claro somos cinco hijos y yo creo que todos deberíamos tomar la decisión» (p: 5 transcripción f 005).

Las decisiones en ocasiones se toman por parte de toda la familia, con el debido acompañamiento del equipo de salud: «La decisión la tomamos todos los hijos, pero definitivamente pienso que influye mucho, la seguridad, la confianza que demuestra el equipo de salud. Especialmente el cirujano que había realizado el procedimiento» (p: 2 transcripción f 002).

Los familiares saben que la ley los protege, lo que no es claro es hasta qué grado de parentesco o cómo se aplica: «Pues, yo pienso y según lo contempla la ley somos los más cercanos en este caso, somos los llamados a tomar esa decisión, tanto nietos como hijos, estuvimos completamente de acuerdo y como esa seguridad que éramos los llamados a tomar la decisión, hizo que no contempláramos la posibilidad de consultarle a un hermano, a ningún otro miembro de la familia» (p: 2 transcripción f 002).

2.3.2.5 Proceso de toma de decisiones de LET por parte de la familia: Los procesos descritos por los familiares para tomar las decisiones de LET, fueron diversos. Se tratará de trazar un curso de acción con respeto por todas las opciones encontradas:

- iniciativa de LET (proviene del equipo de salud o de solicitud de los familiares);
- se restringe del lado de los familiares por las convicciones religiosas, nivel académico y sus posibilidades de comunicación con el equipo de salud; del lado del equipo de salud se restringe por la empatía que puedan hacer con los familiares, el tiempo que dispongan para ese contacto, etc.;

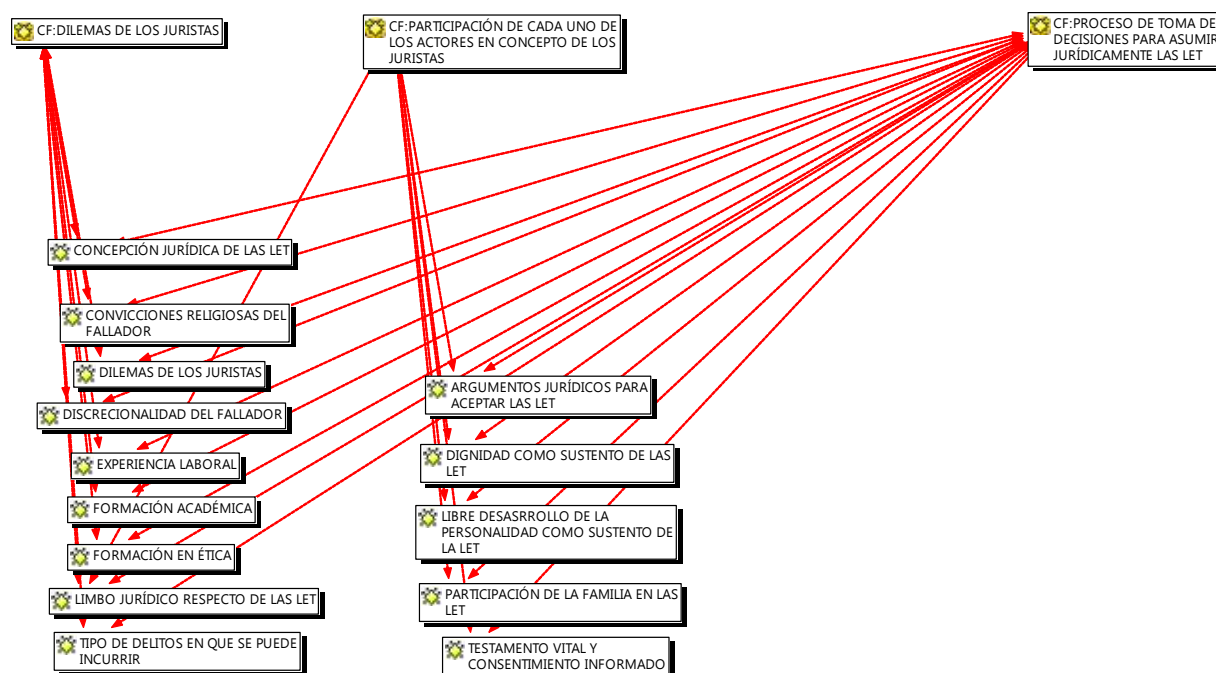
- identificación de las necesidades que tiene la familia;
- acompañamiento del personal que se dedique a explicar claramente y con muy buena disponibilidad de tiempo que es lo que sucede con su paciente;
- permitir que la familia autónomamente tome la decisión.

2.4. EVIDENCIAS ENCONTRADAS EN LAS ENTREVISTAS A LOS JURISTAS

Hay que destacar el nivel de formación que tienen los entrevistados: todos abogados, posgraduados en asuntos penales para ser miembros y exmiembros de la Rama Judicial, además con estudios constitucionales y su amplia trayectoria en el juzgamiento en distintos niveles (fiscales, jueces municipales, jueces de circuito, magistrados de tribunal superior, fiscales delegados ante la Corte Suprema de Justicia).

Antes de comenzar la entrevista cada uno de los juristas, fueron contextualizados respecto a la temática, por el investigador (enfermero profesional y abogado). Se determinaron tres dimensiones en las cuales se podía graficar de manera resumida la entrevista (dilemas de los juristas respecto del tema de LET, visión de los juristas con respecto a la participación de cada uno de los actores de la triada en las LET, y por último el proceso de toma de decisiones para asumir jurídicamente las LET). En cada una de las dimensiones se ubicaron en la parte inferior unas categorías que aparecen directamente relacionadas de manera específica. La tercera dimensión no tiene categorías en su nivel inferior, porque todas las categorías de las otras dos dimensiones se relacionan directamente con ellas. Se evidencia con las flechas punteadas, las relaciones que existen entre categorías de una dimensión con las de otras dimensiones (véase figura 3).

Figura 3. Evidencias encontradas en los juristas



Fuente: Elaboración propia

En adelante se explica una a una las dimensiones con sus categorías, se hace alusión a cada uno de los argumentos que sustentan cada categoría y su relación con la ubicación en la dimensión respectiva.

2.4.1 Manifestación de haber recibido formación en ética: Una de las juristas advirtió que había recibido formación en ética: «Pues, yo afortunadamente si recibí formación ética en una universidad pública. La asignatura de ética era de mucha seriedad. He tratado en mi vida de poner como faro la ética profesional». Destacó que consideraba que su apreciación respecto de la formación ética de otros profesionales era cuestionable: «Encuentro falencias en la formación de los profesionales en general» (p: 1 transcripción j 039).

2.4.2 Concepción jurídica de las limitaciones de esfuerzos terapéuticos por parte de los

juristas: De los hallazgos de esta codificación se encontró: «Su tema tiene que ver sobre todo con la eutanasia pasiva, o sea no hacer uso de los elementos que de pronto la ciencia les pone a su alcance para poder remediar unos males que de pronto ya no tienen solución» (p: 1 transcripción J 039).

Algunos relacionan las LET con la potestad de decidir qué hacer con la vida de las personas: «Bueno vamos a ubicarnos en lo que es el contexto del derecho a la vida. Está reglamentado desde la Constitución Política de Colombia en su artículo 11, el derecho a la vida es inviolable, ello para significar que ningún ser humano en este momento en Colombia, ni siquiera los jueces de la república tienen la potestad de decidir sobre la vida de las personas» (p: 2 transcripción j 029).

La forma como los juristas conceptúan las LET, imprime su sello respecto de su pugnacidad en

la forma como las ven: «En esas condiciones si un médico decide a *motu proprio* dar por terminado un tratamiento, pese a que ese estado crítico podría ser reversible en un momento dado, entonces si este médico en un momento dado permite desconectar los equipos, suministrar un medicamento o simplemente abandonar un tratamiento con el cual pueda hacer más posible revertir ese estado crítico del paciente y recuperar su salud; este médico puede ser denunciado ante las autoridades competentes que inicialmente es el fiscal general de la nación o uno de sus delegados» (p: 2 transcripción j 029).

Se encuentran también concepciones más elaboradas de juristas como en este caso con amplia trayectoria en el juzgamiento específico de la responsabilidad médica: «En primer término tenemos que diferenciar si realmente tenemos un paciente terminal, ya se le ha hecho un tratamiento adecuado, ya hay un concepto de un clínico donde señala que el tratamiento a seguir va a ser inocuo, ya están los conceptos médicos de los especialistas, que no es lo conveniente continuar con el mismo frente a un paciente que seguramente está sufriendo...» (p: 3 transcripción j 028).

2.4.3 Dignidad como sustento en favor o en contra de las LET, en concepto de los juristas: Se asoció rápidamente el concepto de LET a frases como «también tiene derecho a morir dignamente» y continúa diciendo «Entonces dejar a una persona con absoluta libertad de escoger entre la vida y la muerte, a mí me parece que es respetar su dignidad». «Yo insisto, no se trata de vivir por vivir, sino vivir dignamente». Advierte que la Constitución Política de Colombia es una de las principales herramientas para esta consideración «la Constitución de 1991, permite al operador judicial hacer un discurso más coherente con la dignidad humana, con el derecho a vivir y morir dignamente». Más

adelante en su discurso advierte que se presentan algunas dificultades al intentar probar las conductas de LET, pero que por encima de las controversias estaría el reconocimiento de la dignidad «pero si puedo superar esos conflictos probatorios entonces para mí la aplicación del derecho a morir dignamente, el derecho a la dignidad humana están por encima de otras consideraciones que son meramente normativas» (p: 1 transcripción J 039).

La integralidad como se observa la situación del paciente, sacándolo de su reduccionismo clínico, puede interpretarse como un reconocimiento a su dignidad «Si, todo el entorno del paciente. Porque el juez no puede hacer caso omiso de la situación del paciente, cada paciente tiene su propia vida, su propio entorno, su propia profesión» (p: 1 transcripción j 039).

2.4.4 Argumentaciones jurídicas en aceptación de las LET: Uno de los argumentos estaría sustentado en la posibilidad de conceptuar que la conducta de LET se ejecutó, pero esa ejecución estaría libre de asumir las consecuencias derivadas de esos actos: «Aceptaría esa situación por un estado de necesidad que exime de responsabilidad». Y para eso tendría además como argumentación «la única forma de proteger a ese paciente de esos graves padecimientos sería no aplicarle los mecanismos que tuvieran a su alcance», por esa misma vía trataría de ubicar la conducta de las LET en eximentes de responsabilidad específicos: «Pero me voy al otro lado, donde estén demostrados todos los extremos de mi estado de necesidad, ya era la necesidad de salvar a esa persona de esos graves padecimientos de esa enfermedad incurable. Entonces allí yo aplicaría justificación eximente de responsabilidad artículo 32 del código penal» (p: 1 transcripción J 039).

Otro de los juristas planteó que sí debía proceder una investigación penal, con algunas ex-

cepciones: «Pero mi conclusión es esa, si es investigable de manera oficiosa, con la excepción de que el médico se haya acogido sin ninguna objeción de conciencia a la jurisprudencia y a la doctrina que en estos momentos permite por ejemplo, la eutanasia bien sea por pasiva o por activa, y en especial que este paciente antes de entrar en un estado crítico de salud, haya por ejemplo suscrito un documento que por ejemplo esté permitiendo que de entrar en un estado crítico y reversible pueda ser desconectado de medios mecánicos y terapéuticos para no prolongar su vida y entrar en ese estado que decía yo al comienzo, en una indignidad humana, porque lo fundamental es la dignidad como lo narré al comienzo» (p: 2 transcripción j 029).

Se reconoció el buen nombre que tiene la profesión médica en el contexto de la vida de los seres humanos como referente jurídico en favor de la investigación que se realice por LET «el juez tiene que ir más allá de una situación eminentemente circunstancial. Debe examinar esa situación como algo diferente al acontecimiento que ocurre cuando alguien pretende hacerle daño a alguien y lo hace en condiciones diferentes; o sea, esto es motivo de un análisis muy específico, muy profesional, porque se trata del ejercicio de una profesión, que se parte del presupuesto que lo que busca es el bien, la salud mental y la salud física del paciente» (p: 4 transcripción j 027).

2.4.5 Libre desarrollo de la personalidad como sustento de las LET: Se hace mención tímida de este derecho en algunos apartes de las entrevistas, pero de manera indirecta puede decirse que se ve reflejado en su esplendor en el reconocimiento a la autonomía, mediante el consentimiento informado: «Hay derechos que están muy ligados a la vida humana, como son la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad. Entonces dejar a una persona con absoluta libertad de escoger entre la vida

y la muerte, a mí me parece que es respetar su dignidad» (p: 1 transcripción j 039).

2.4.6 Caracterización del testamento vital y del consentimiento informado, en el concepto de los juristas: El concepto de los juristas está orientado al reconocimiento de la autonomía del paciente como punto de partida para un no juzgamiento o un juzgamiento que responsabilice o no por las LET: «Yo pienso que si se demuestra que la persona cuando dio su consentimiento, estaba en pleno uso de sus facultades mentales, que no había ningún vicio del consentimiento, que lo hizo sin presión de ninguna clase, es perfectamente válido». Y continuó diciendo: «a mí realmente me parece, si es válido el testamento de una persona cuando dispone de otros bienes por qué no permitirle esa disposición, cuando lo hace en pleno uso de sus facultades mentales» (p: 1 transcripción j 039).

Para algunos juristas es innegable que en materia de LET, resulta necesario contar con un testamento vital: «Al médico no le es permitido en este momento terminar con ese tratamiento terapéutico con esa aplicación de esas medicinas o tenerlo desconectado de unos equipos, cuando el paciente no ha dado un consentimiento previamente; igual como ocurre por ejemplo cuando una persona en vida emite un testamento, profiere un testamento para dejarle su herencia a los dolientes cuando muera. Entonces prácticamente habría que hacer esto, un documento previo que nadie hace, en la práctica muy pocas personas lo pueden hacer» (p: 2 transcripción j 029).

2.4.7 Vacío jurídico en materia de LET, según el concepto de los juristas: Se evidencia el vacío jurídico y además ese instrumento que para algunos es el faro que guía ante el limbo, como es la sentencia C-239 de 1997. Para esta fiscal es parte del problema: «Sí, desde luego,

porque el mismo limbo lo deja planteado la Corte desde la sentencia que ya mencionamos, inclusive ellos piden al Gobierno que reglamente lo antes posible lo relativo con la eutanasia. Inclusive en este momento hay en el congreso un proyecto de ley donde se está debatiendo el fenómeno, porque el vacío existe» (p: 1 transcripción j 039). Se aclara que con anterioridad a esta publicación se profirió la Resolución 1216 de 2015 del Ministerio de Salud de Colombia.

2.4.8 Discrecionalidad del proceder de jueces y fiscales en el juzgamiento de LET: De cara al vacío jurídico y la poca formación de jueces y fiscales en estas temáticas de LET, además por el tratamiento no integral de la situación y el temor que genera el ser sujetos pasibles de procesos jurídicos por no adelantar las respectivas investigaciones penales, cuando se conocen caso de LET, lleva a que jueces y fiscales conduzcan los procesos muchas veces, según perspectivas muy particulares. Al respecto se mencionó: «Un Juez que tenga una mentalidad un poco más cerrada digamos, puede encontrar perfectamente los argumentos para criminalizar al profesional de la salud que se encuentre en esa situación, porque de todas maneras, tenemos la modalidad de los delitos de omisión impropia, según los cuales dejar de actuar en el momento en que se debe actuar, él va a ser responsable por el resultado» (p: 1 transcripción j 039).

3. DISCUSIÓN

Existe una débil comunicación entre los elementos de la triada Clínico y Estado, a través del único puente que puede pensarse que es la familia. Pero más que un débil comunicador, la familia como elemento de la triada, dice Rincón¹¹, es un depositario del hacer de los otros elementos que

en su proyección la usan; sin comunicarse con ella como elemento, ni tampoco con los otros elementos integradores de la triada. Es decir, el elemento clínico se expresa poniendo a disposición de quienes allí trabajan todos los insumos técnico-científicos para que realicen una labor que depende de la intención particular del sujeto ejecutor «personal clínico»; por otro lado, el Estado con unas normas que con una existencia débil hacen presencia en el ámbito clínico para algunos que las perciben y las reconocen; y a su vez esta «pírrica normatividad» sirve de sustento al Estado como tercer elemento que, por medio de unos falladores (jueces y fiscales), hacen juzgamientos, según su propia discrecionalidad, ante el gran vacío jurídico existente.

Hay que tener en cuenta que «Las UCI fueron creadas para atender enfermos en estado de salud crítico y de gravedad extrema, pero que tuvieran una posibilidad real de recuperación. Utilizadas de esta manera, son indiscutiblemente un gran aporte de la medicina y la tecnología a la dignidad y calidad de vida humana. El problema surge cuando las UCI se emplean para prolongar la vida vegetativa de enfermos incurables y en estado terminal o de individuos con muerte cerebral»¹². Y en ocasiones, como dice Zúñiga¹³, incluso irrespetando el miedo que produce la vida por los sufrimientos que ella implica. Aries¹⁴ planteó una periodización de la muerte en cuatro etapas históricas así:

- La muerte domada: En la edad media, caracterizada básicamente por el reconocimiento de la vida ultraterrena, concepción

¹¹ RINCÓN R. Mónica. «Educación, bioética y toma de decisiones éticas». En *Revista Latinoamericana de Bioética*. N.º 2 pp. 114-123, 2008. Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada, diciembre de 2008.

¹² MEJÍA RIVERA., Orlando. *La Muerte y sus símbolos. Muerte, tecnocracia y posmodernidad*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1999, p. 193.

¹³ ZÚÑIGA F., Alejandra. «Derechos del paciente y eutanasia en Chile». En *Revista de Derecho (Austral)*. N.º 2, p. 112, diciembre de 2008.

¹⁴ ARIES, Philippe. Citado por MEJÍA. *Op. cit.*

- debida a la Iglesia católica. El temor no es a la muerte misma, sino a ser condenado al infierno.
- La muerte propia: En la época del Renacimiento. Se asume la muerte con incertidumbre y pierde credibilidad la existencia de un más allá. Es sobresaliente la percepción de la fragilidad de la vida y de la necesidad de vivir con intensidad cada momento ante la incertidumbre de su llegada.
 - La muerte ajena: Se desplaza el pensamiento de la muerte propia hacia la muerte de los demás, se propicia un pánico cultural ante la muerte (entre los siglos XVII y XVIII).
 - La muerte invertida o prohibida: En el siglo XX, es una «muerte escondida de la conciencia cultural de la modernidad»¹⁵. Se rechazaba pensar en la muerte y los moribundos.

Esta concepción de represión de la muerte, según Gherardi¹⁶, es quizás una de las fuentes de las cuales se surte la corriente de quienes se dedican al encarnizamiento terapéutico.

Aquí cabe preguntar si las UCI se ubicaron en esta cuarta etapa, para negar la muerte y suplir las deficiencias orgánicas y fisiológicas, o si este concepto se ha trascendido por aquellos médicos que con su experiencia han entendido a la muerte no como una enemiga, sino como lo advirtió oportunamente uno de los entrevistados cuando dijo: «En el entendido de que la

vida es un proceso en el cual se nace, se reproduce y finalmente muere. Independientemente de la condición, nadie dijo que uno tenía que vivir cien años, pero esencialmente en cualquier momento de la existencia puede llegar el fenecimiento».

3.1 TEORIZACIÓN CON LOS RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS DEL PERSONAL CLÍNICO

3.1.1 Acerca de los dilemas: Desde el comienzo de la investigación se pudo evidenciar que los conceptos de LET, básicamente están orientados en la siguiente forma:

- suspender los soportes vasoactivos;
- no suspender soporte ventilatorio ni nutricional;
- se siguen los cuidados generales;
- no se hacen ayudas extremas;
- no hacer maniobras de reanimación.

Puede pensarse de manera anticipada que la bioética hace un papel fundamental trabajando la comprensión y el entendimiento de los procesos de muerte, según el enfoque de atención integral, porque «no es excepcional que la bioética, entre en conflicto con una concepción más tradicional de la ética médica, que reservaba a los médicos el poder de decisión y el discurso moral sobre las prácticas médicas»¹⁷.

En términos generales, se puede decir que en el personal de la salud entrevistado (médicos y enfermeras) se da aceptación de las LET y soportan tal posición en argumentos que básicamente se refieren al concepto de dignidad y

¹⁵ MEJÍA. *Op. cit.*

¹⁶ GHERARDI, Carlos R. *Vida y Muerte en Terapia Intensiva. Estrategias para conocer y participar en las decisiones*. Buenos Aires: Editorial Biblos, 2007, p. 113.

¹⁷ HOTTOIS, Gilbert. ¿Qué es la bioética? Bogotá: VRIN- Universidad El Bosque, 2007, p. 17.

de lo que ellos creen que ella conceptúa como «morir con dignidad».

Gracia¹⁸ hace una clara relación del principio de No Maleficencia, al que considera el principio rector de la ética médica, con la dignidad humana ya que existe «una relación inseparable entre el no dañar y la dignidad humana; por tanto, un postulado de “ética mínima” que exige no perjudicar. El favorecer al enfermo entonces, es más un consejo que un precepto»¹⁹. La dignidad está ligada con la libertad y los derechos: «... el bien jurídico que se pretende defender con el CI [consentimiento informado], es un abanico de libertades y derechos que se comparten como núcleo central de la dignidad humana: tales como: autodeterminación, intimidad, confidencialidad, veracidad, atención médica, rechazar una intervención»²⁰.

Otro sustento importante a la hora de decidir es el de las convicciones religiosas del personal de la salud, donde en términos generales se aduce que los médicos son «católicos no practicantes» y se encuentra un personal de enfermería que sí se declara «católica practicante». En esas mismas afirmaciones se advierte por parte de algún personal médico que esta condición del personal de enfermería, algunas veces les genera dificultades a la hora de actuar en acciones de LET, porque no encuentran plena aceptación de todo el personal del equipo de salud. Algunas de las apreciaciones recogidas

dan cuenta de autodefiniciones como «muy católicas», consideración que a la vez se piensa, interfiere de alguna manera en el proceso de toma de decisiones; obviamente porque se presentan dudas al momento de tener que actuar. Hay que advertir que las morales ligadas a una concepción religiosa tienden a ser casuísticas, casuismo que supone un código de normas por ejemplo para este caso «los diez mandamientos», según los cuales se puede valorar o juzgar su cumplimiento.

Quedan preguntas para resolver: ¿Cómo tomar la decisión correcta si las respuestas son básicamente monodisciplinarias y sin tener formación en bioética? ¿Cómo tomar decisiones si existe una marcada tendencia reduccionista a creer que si se resuelve lo clínico se estaría resolviendo lo ético, porque ni siquiera se presentarían dilemas éticos y por lo tanto todo podría resolverse desde los algoritmos clínicos?

Otra fuente de dilemas mencionada en las entrevistas, la constituye el juramento hipocrático; precisamente en uno de los testimonios se escuchó decir: «El juramento hipocrático, el trabajar constantemente por el paciente, así ya sepan que no hay un camino diferente al de la muerte con esa persona, siguen trabajando en eso, diría que no sé si sea correcto decirlo pero hay personas que... este paciente a mí no se me va a morir... no sé si sea ético decirlo pues, pero sí me ha tocado escuchar varios médicos decir a mí este paciente no se me muere: «Cabría preguntarse si es ético o no el encarnizamiento terapéutico». Ese mismo concepto de encarnizamiento terapéutico, otro médico participante en la investigación lo denominó «eternización terapéutica».

3.1.2 Dilemas relacionados con características específicas del personal clínico decisiones de LET relacionadas con la formación en bioética: Como ya se ha mencionado, la

¹⁸ GRACIA, Diego. *Primum non nocere. El principio de No-maleficencia como fundamento de la ética médica*. Madrid: Instituto de España, Real Academia de Medicina, 1990. Citado por ESCOBAR TRIANA, Jaime. *Morir como ejercicio final del derecho a una vida digna*. Colección *Bios y Ethos* N.º 7, Bogotá: Universidad El Bosque, 2000, p. 84

¹⁹ ESCOBAR TRIANA, Jaime. *Morir como ejercicio final del derecho a una vida digna*. Colección *Bios y Ethos* N.º 7, Bogotá: Universidad El Bosque, 2000, p. 84.

²⁰ OVALLE GÓMEZ, Constanza. *Práctica y significado del consentimiento informado en hospitales de Colombia y Chile*. Colección *Bios y Oikos*. N.º 7. Bogotá: Universidad El Bosque, 2009, p. 197.



formación en bioética aparece transversal en las cuatro dimensiones de análisis que se estudiaron (dilemas éticos, modelos o protocolos en la toma de decisiones de LET, participación de cada uno de los actores de la triada y proceso de toma de decisiones), porque de alguna manera se hace mención de ella.

3.1.2.1 Decisiones de LET relacionadas con el tiempo de ejercicio del personal médico en las uci: El tiempo de ejercicio en la UCI, la edad y la toma de decisiones parecieran estar relacionados con la «facilidad» para tomar las decisiones de LET, como se tratará de evidenciar con los diferentes testimonios; también se ha relacionado con la posibilidad o no de tener mayor aceptación del proceso de muerte. Hecho que todavía resulta inaceptable para muchos médicos. Con respecto al morir, dice Capra²¹ ya no se practica el arte de morir y mucho menos se acepta la idea de morir sin que se esté enfermo, al punto de considerar los médicos a la muerte como un fracaso de su técnica.

3.1.2.2 Manifestación puntual respecto de los dilemas producto de la poca disposición de camas en los servicios de UCI, por lo cual se debió en algunos momentos escoger a un paciente en lugar de otro: «Desafortunadamente las consideraciones han sido por la falta de disponibilidad de recurso de cuidado intensivo para la admisión. Allí vienen algunas consideraciones probablemente que frente a la oferta de una sola UCI, o sea de una sola cama de cuidado intensivo con un ventilador y haber dos pacientes pidiendo el servicio, desafortunadamente uno tenga que optar por uno de ellos...».

Se presentan a la discusión los principios de la bioética, aquí necesariamente el conocimiento a profundidad del principio de Justicia y en lo posible la teoría ética del utilitarismo. Queda

a discrecionalidad del médico de turno aceptar uno u otro ingreso, y como se ha mencionado, tan solo con criterios clínicos y en la ausencia de la discusión ética.

3.1.2.3 Dilemas relacionados con discrepancias entre el personal médico y de enfermería: Se mencionó de manera puntual un dilema generado en una profesional de enfermería que ante la oposición del médico de realizar LET, en contraposición con la experiencia clínica de ella y su criterio para un caso específico de la necesidad de LET, encuentra que debe asumir una postura contraria a su parecer. Manifiesta que en cualquier sentido (de aplicar LET o de no aplicar LET) siempre quedan dilemas irresolutos.

3.1.2.4 Dilemas por dudas frente a la condición de mal pronóstico y futilidad: No parecen presentarse dudas o dilemas cuando es claro el mal pronóstico, algunos dilemas planteados avizoraban dificultades, porque la condición clínica de un paciente puede variar entre un momento y otro. Algunos entrevistados por ejemplo manifestaron que no tenían dudas: «No cuando la condición del paciente es de mal pronóstico». Puede interpretarse que en el caso de no haber mal pronóstico sí se darían dilemas éticos. Actúa aquí el mal pronóstico como condicionante absoluto de las LET y reduccionista de la existencia del ser. Se evidencian dudas respecto de si es fútil lo que podría brindarse a un paciente frente a una condición clínica en un momento dado. Se expresa aquí el médico: «Uno va pensando a veces...» que la calificación de la futilidad podría ser individual y monodisciplinar.

3.1.2.5 Dilemas por el desconcierto que genera el vacío jurídico: Es reiterativo en los testimonios dificultades con respecto a la forma como está planteada la ley, y por lo tanto, les genera dudas al momento de actuar, dudas que parece resolverse con los acuerdos a que

²¹ CAPRA, F. *La Trama de la vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos*. Barcelona: Anagrama, New York, 1996.

pueden llegar con los familiares. Se empieza a evidenciar aquí el que se diría es el papel fundamental de la familia en este proceso «como legitimadores de la acción de LET».

3.1.2.6 Dilemas por la no participación de los comités de ética: Son dilemas por sentirse solos los médicos en el proceso de toma de decisiones de LET. Muchas de las decisiones en las cuales tienen dudas, son las que deben tomarse con premura. También manifiestan que hay otro tipo de dudas en las cuales básicamente, y a pesar de tener tiempo para deliberar, solo encuentran disposición para hacerlo con otros colegas médicos.

3.1.2.7 Dilemas frente al admitir o no que se realizan prácticas de LET: En muchas ocasiones por el temor que genera el desconocimiento de estar o no actuando en contra sobre todo de la ley, hace menos visible cualquier tipo de proceso, porque permanece oculto y se ejecuta subrepticamente, lo cual lleva a negarlo en todo momento y a la ejecución de prácticas delegadas al personal de enfermería, prácticas que estos últimos las asumen en obediencia más que como partícipes en la toma de decisión.

3.1.2.8 Dilemas con respecto a la participación de la familia en la toma de decisiones de LET: Cuando el paciente por su condición frecuente en la UCI de no poder comunicarse de manera efectiva y manifestar sus preferencias; debe darse frente a ello lo que Kottow²², estima como la decisión vicariante, y es que mediante un buen proceso de comunicación con la familia se pueda: a) apelar a los mejores intereses del paciente; b) permitir que el agente o su representante judicial, dictamine de acuerdo con una norma general, cual podrá ser el estándar del mejor interés, o el estándar de lo razonable.

²² KOTTOW, Miguel. *Participación informada en clínica e investigación biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado*. Bogotá: Unesco, 2007, p. 100.

3.2 ACERCA DE LOS MODELOS O PROTOCOLOS EN EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES DE LET QUE RECONOCIÓ EL PERSONAL CLÍNICO

Se encontró en la revisión bibliográfica datos como que «la limitación de esfuerzos terapéuticos en nuestros pacientes constituyó un hecho frecuente. No se logró identificar un proceso uniforme o sistematizado para la toma de la decisión de LET. Resulta innegable la necesidad de normativas que guíen al equipo de salud en la toma de decisiones, tranquilicen a familiares y acompañen a los pacientes en sus reales necesidades»²³. Para fines de teorización, se fusionan aquí las dimensiones de modelos o protocolos en la toma de decisiones y el proceso como tal de toma de decisiones. Todo con base en las evidencias encontradas.

3.2.1 ¿Cómo se dan las LET antes de ingresar a una UCI?: Para que un paciente pueda ingresar a la UCI debe cumplir con unos parámetros establecidos en protocolos o *score* nacionales o internacionales (SOFA, APACHE II y TRISS); muchas veces se aplican para descartar la posibilidad de admisión y otras veces ante su ausencia, es la discrecionalidad del criterio del médico la que decide. Para admitir a un paciente en la UCI, algunos de los dilemas pueden estar resueltos aplicando la teoría ética del utilitarismo, cuando debe dejar de atenderse a un paciente por atender a otro que tiene ciertas condiciones o está en ciertas circunstancias.

²³ NOVILLO, Abel *et al.* Limitación de los esfuerzos terapéuticos. Resultados de un registro prospectivo en una sala de clínica médica. En *Medicina Buenos Aires, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno (CEMIC)*. pp.437–441. Medicina (Buenos Aires) Vol. 68 N.º 6 Ciudad Autónoma de Buenos Aires nov-dic., 2008. [En línea]. [Fecha de consulta 14 de noviembre de 2010]. Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-768020080006_00005&script=sci_art-text

3.2.2 ¿Cómo se dan las LET estando el paciente hospitalizado en la UCI?: En términos generales los profesionales de la salud (médicos y enfermeras) de las UCI entrevistados plantearon que las decisiones éticas las soportaban en el manejo de protocolos clínicos. Sobre el manejo que el personal clínico hace de las LET, según modelos o protocolos, los entrevistados hicieron alusión a las situaciones que se tienen en cuenta:

- respecto del paciente para tomar la decisión (análisis de casos específicos, pronóstico, futilidad, posibilidad de ser donante de órganos);
- características propias del personal médico (tiempo de ejercicio, años de experiencia como intensivista, convicciones religiosas);
- la existencia o no de protocolos y el cumplimiento de normas relacionadas de alguna manera con las LET;
- los registros que deben hacerse en las historias clínicas.

Considera que a pesar de los dilemas, las decisiones que se toman siempre son éticas por los argumentos siguientes:

- parámetros de valoración clínica que lo indican;
- confrontación del paciente;
- elementos de monitoreo;
- seguimientos de laboratorio;
- dx clínico, es decir que si se hace bien lo clínico, no quedan dilemas éticos.

3.3 DIMENSIÓN DE PARTICIPACIÓN DE CADA UNO DE LOS ACTORES DE LA TRIADA, EN CONCEPTO DEL PERSONAL CLÍNICO

Se hace referencia de manera importante a la participación de la familia y del paciente en la toma de decisión de LET. Los otros actores se han mencionado anteriormente. Los profesionales de enfermería mencionan que la familia participa en la toma de decisión, pero que en últimas la decisión es del médico. Deja entrever que así se muestre amplia participación, en últimas la decisión es monodisciplinar.

Se observó que es la familia el punto de partida de la LET, pero en otras entrevistas se vio como punto de llegada, caso en el cual la familia es tenida en cuenta solo al final del proceso y como un seguro que garantice cierta tranquilidad, con respecto a que no se den imputaciones posteriores de ningún tipo. La participación de la familia como se presenta reiterativamente en este trabajo y hablando por ahora solo desde el punto de vista de los clínicos se da de dos maneras: en una el familiar participa en la toma de decisión y en otra donde participa solo como un legitimador de la acción de LET; es decir, como un seguro que garantizará no imputaciones éticas ni legales posteriores.

3.4 TEORIZACIÓN CON LOS RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS A LAS FAMILIAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LAS UCI

3.4.1 Dilemas relacionados con convicciones religiosas y el nivel académico de los familiares: Se hizo evidente la gran variedad de credos a los cuales pertenecen los miembros de las familias, incluso en una misma familia, pero al parecer independientemente de las contradicciones que les encuentren con las LET, prefieren asumirlas. Es importante destacar

que los familiares que a pesar de su manifiesta convicción religiosa católica, advirtieron categóricamente que sí solicitaron y solicitarían LET, fueron aquellas que tienen formación universitaria. Esto en contraposición de quienes con un nivel académico inferior hacen expresiones constantes de orden mágico religioso.

3.4.2 Dilemas de los familiares por no querer figurar en los registros como el que toma la decisión: Resulta un poco extraño, pero algunos familiares se sienten menos culpables por las decisiones que se toman cuando quien figura como el responsable de ella es otro (quien firma el consentimiento informado).

3.4.3 Dilemas éticos por la disminución de la atención en cantidad y calidad al sacar al paciente de la UCI, como consecuencia de haber asumido las LET: Según Torregrosa *et al.*²⁴, cuando se decide la LET muchas veces la indicación es sacar al paciente de la UCI y asumir su atención en piso, donde los equipos no van a ser especializados y tampoco los cuidados, esto genera angustia en los familiares, porque ven que el paciente va a quedar desatendido de alguna forma y esto lo relacionan con posibles sufrimientos (dolor, ahogo, etc.). Parte de este conflicto se resuelve en la medida que se cumpla con lo que son las LET, donde el paciente no puede quedar en situación de sufrimiento que es lo que más le preocupa a la familia.

3.4.4 Dilemas éticos relacionados con discursos contradictorios del médico tratante: Se reconoció por parte de una de las entrevistadas que el médico tratante abogaba por las LET, pero en su discurso transmitía duda y entraba a contradecirse. «Porque llamaba mucho la atención que él decía, por qué le recomiendo esto refiriéndose a las LET, y luego advertía

que por encima de Dios no hay nadie y a veces pasan muchas cosas». Las ambigüedades del personal clínico son percibidas por pacientes y familiares y generan gran impacto y dudas respecto de la atención que se está recibiendo. Si no hay credibilidad no se facilitan los procesos de comunicación terapéutica y se rompe la posibilidad de participación de la familia en la toma de decisiones.

Otro argumento frecuente de los familiares y que según ellos es generador de dudas, es pensar que el médico se puede estar equivocando y que puede ser posible que su familiar tenga alguna sobrevida: «A veces percibe uno cierta inseguridad, será que si no tomo esta decisión el médico se puede equivocar».

3.4.5 Identificación de procesos de toma de decisiones de LET en la familia: Los conceptos de los familiares de pacientes de UCI respecto de cómo se resuelven los dilemas se relacionan básicamente con decisiones individuales, atadas al parecer de cada persona, independiente de la consideración ética o no de la decisión, lo que importa es lo que cada uno piense de la situación en particular.

Los asesores espirituales facilitan mucho estos procesos, cuando sus argumentos resultan favorables a estos procesos de LET. La argumentación que hizo el sacerdote resultó definitiva en un grupo de personas todas católicas, como lo manifestó una de las entrevistadas. Otro argumento en favor de las LET, pareció ser la compasión que unos seres humanos sienten por otros, especialmente si se trata de personas con algún parentesco. El amor que los aproxima al ser que padece una condición grave que lo ha llevado a estar en una UCI, parece que genera un acto de desprendimiento tal que se prefiere terminar lo más pronto posible la existencia y con ella el sufrimiento.

²⁴ TORREGROSA S. Rafael *et al.* *La bioética y la clínica, una aproximación desde la práctica diaria*. Valencia: Generalitat Valenciana - Conselleria de Sanitat. EVES, 2005, p. 77.

3.4.6 Acciones del equipo de salud tendientes a las LET, según el concepto de los familiares: Es claro que las decisiones buscan la participación del mayor número de familiares. Ese debe ser el comportamiento normal del personal. Hay situaciones que se han sustentado antes que van en contra de tal postulado y que, según Walzer²⁵, en algunos casos que parecen selectivos se descuida la comunicación con ciertos y específicos grupos familiares; ya mencionábamos por sus condiciones económicas y su bajo nivel académico. Los profesionales clínicos buscan establecer con los familiares relaciones empáticas que facilitan el proceso de toma de decisiones.

3.4.7 Proceso de toma de decisiones de LET por parte de la familia: Un esbozo de los pasos que como proceso siguen los familiares para llegar a las LET de sus familiares hospitalizados en la UCI, se presenta a continuación:

- iniciativa de LET (proviene del equipo de salud o de solicitud de los familiares);
- se restringe del lado de los familiares por las convicciones religiosas, nivel académico y sus posibilidades de comunicación con el equipo de salud), del lado del equipo de salud se restringe por (la empatía que puedan hacer con los familiares, el tiempo que dispongan para ese contacto, etc.);
- identificación de las necesidades que tiene la familia;

²⁵ WALZER M. *Las esferas de la justicia. Una defensa del pluralismo y de la igualdad*. México: FCE, 1997. Citado por GUZMÁN U. María del P. «Análisis de las principales estrategias de racionalización de los recursos sanitarios en las reformas sanitarias actuales». En *Revista gerencia y políticas de salud*. Pontificia Universidad Javeriana. Año/vol 6. N.º 13. 2007, p. 72. [En línea]. [Fecha de consulta 15 de abril de 2011] Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx>

- acompañamiento del personal que se dedique a explicar claramente y con muy buena disponibilidad de tiempo que es lo que está sucediendo con su paciente;
- permitir que la familia autónomamente tome la decisión.

3.5 TEORIZACIÓN CON LOS RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS A LOS JURISTAS

3.5.1 Manifestación de haber recibido formación en ética: Solamente uno de los juristas manifestó haber recibido formación en ética. Cabe advertir que por la misma expectativa de la carrera, la formación en ética está básicamente centrada en la ley de ética del abogado (Ley 1123 de 2007 «Código disciplinario del abogado»). Las versiones anteriores, han regulado la conducta de los abogados no tanto como un código del deber ser, sino como una norma a la que, como a todas las leyes, hay que obedecer.

3.5.2 Concepción jurídica de las LET por parte de los juristas: Se encuentra básicamente que la relacionan con el concepto de eutanasia pasiva y que se hace uso de la LET, cuando se trata de remediar una situación clínica que ya no tiene solución.

Algunos otros relacionan las LET con la potestad de decidir qué hacer con la vida de las personas, en el contexto del derecho a la vida. Está reglamentado en la Constitución Política de Colombia en su artículo 11 y en Colombia, ni siquiera los jueces de la república tienen potestad sobre la vida de las personas.

La forma como los juristas conceptúan las LET imprime su sello respecto de su pugnacidad en la forma como las ven. Señalan que el profesional que en ellas incurra puede ser denunciado

ante las autoridades competentes que inicialmente es el fiscal general de la nación o uno de sus delegados.

Se encuentran también concepciones más elaboradas de juristas con amplia trayectoria en el juzgamiento específico de la responsabilidad médica y que hablan de unas condiciones que hay que determinar, antes de pensar en llevar a un médico a un juicio: a) en primer término diferenciar si realmente se tiene a un paciente terminal; b) si ya se le ha hecho un tratamiento adecuado; c) si ya hay un concepto clínico que señale el tratamiento que se seguirá como inocuo; d) si ya están los conceptos médicos de los especialistas sobre la no conveniencia de continuar con el tratamiento a un paciente que seguramente está sufriendo.

3.5.3 Dignidad como sustento en favor o en contra de las LET, en concepto de los juristas: Se asoció rápidamente el concepto de LET a frases como «también tiene derecho a morir dignamente» y se asocia a derechos como la libertad de escogencia entre la vida y la muerte, y que al respetar eso se estaría reconociendo la dignidad.

Se argumenta entre otras cosas que la Constitución Política de Colombia es una de los principales elementos para esta consideración, porque permite al operador jurídico un discurso más coherente con la dignidad humana y con el derecho a vivir y a morir dignamente: «El Estado no puede oponerse a la decisión del individuo que no desea seguir viviendo y que solicita le ayuden a morir, cuando sufre una enfermedad terminal que le produce dolores insoportables, incompatibles con su idea de dignidad»²⁶.

²⁶ COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL Sala plena. Sentencia C-239, del 20 de mayo de 1997. M. P. Carlos Gaviria Díaz. [En línea]. [Fecha de consulta 4 de septiembre de 2013]. Disponible en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>.

3.5.4 Argumentaciones jurídicas en apoyo de las LET: Al tratar de buscar normas en que apoyar sus conceptos en favor de las LET, se comienza primero a hacer un análisis de la estructura del delito y ubicar esa estructura en el desmembramiento de la conducta de LET; se trata de mirar sus puntos de encuadre y donde no ajusta una definición o estructura con otra.

Se buscan además justificantes de la conducta de LET, por ejemplo el advertir «el estado de necesidad» como eximente de responsabilidad. Se trata de argumentar la idea que parece contradictoria que precisamente para proteger la dignidad de ese paciente de esos graves padecimientos, la única forma es no aplicarle los tratamientos que se tienen al alcance. Y ubica esta última pretensión, fundamentándola en el artículo 32 del Código penal colombiano.

Otros juristas buscan argumentos en las decisiones previas del paciente, en las cuales autoricen que de encontrarse en una situación de estado crítico irreversible, pueda ser desconectado. Hasta ahí la intención es plausible, pero le faltaría el sustento legal o normativo que la hiciera posible, porque no se encuentra reglamentada la materia de manera directa. Se trata de ubicar un flaco apoyo normativo en artículos del Código civil como es el 1512 y siguientes.

3.5.5 Libre desarrollo de la personalidad como sustento de las LET: Se hace mención tímida de este derecho en algunos apartes de las entrevistas, pero de manera indirecta puede decirse que se ve reflejado en su esplendor, en el reconocimiento a la autonomía, mediante el consentimiento informado. El desarrollo legal del tema es muy precario en nuestro país, no se cuenta con una legislación clara y fuerte que lo regule y solo hay algunas resoluciones ministeriales, como la Resolución 13437 de 1991; y afortunadamente con algunos desarrollos jurisprudenciales de las altas cortes.

3.5.6 Caracterización del testamento vital y del consentimiento informado en los procesos de LET, en concepto de los juristas: «La autonomía puede ser considerada como una facultad o condición sustantiva de la realidad humana; pero puede también ser vista de modo más simple, como un acto, el acto de elección autónoma»²⁷. Se advierte en el texto que al conceptualizarla de esta manera, se da una definición operativa. Con ese sentido lo mencionan Faden y Beauchamp como «las acciones son autónomas cuando cumplen tres condiciones: intencionalidad, conocimiento y ausencia de control externo» y dicen que la intencionalidad no admite grados y las otras dos sí.

El concepto de los juristas está orientado al reconocimiento de la autonomía del paciente como punto de partida para un no juzgamiento o un juzgamiento en el cual no se den responsabilidades por las LET. Para algunos juristas es innegable que en materia de LET, resulta necesario contar con un testamento vital.

3.5.7 Vacío jurídico en materia de LET, en concepto de los juristas: En términos generales respecto al tema, puede resumirse la participación de los juristas en una respuesta de una de las entrevistas: «En este momento las decisiones judiciales no tienen un marco preciso, no solamente por lo complejo del tema, por lo sensible del tema, sino porque la normatividad es ambigua, no es clara». Se agrega además el desconocimiento de esos juristas de la totalidad normativa en que apoyarse, situación que además está soportada en normas del Ministerio de Salud²⁸ que ubican a los pacientes a los que

médicamente se les califica como «sin pronóstico», esto es que frente a ese condicionamiento no pueden recibir atención en una UCI o que de determinarse tal diagnóstico estando en dicho sitio, puede excluirse de tal atención.

3.5.8 Discrecionalidad del proceder de jueces y fiscales en el juzgamiento de LET por el vacío jurídico: De cara al vacío jurídico y la poca formación de jueces y fiscales en las LET, además por el tratamiento no integral de la situación y el temor que ser sujetos pasibles de procesos jurídicos, por no adelantar las investigaciones penales, cuando se conocen caso de LET, lleva a que jueces y fiscales conduzcan los procesos muchas veces, según sus perspectivas muy particulares. Se vulnera de esta manera el derecho del personal clínico, pacientes y familia.

Se aduce por parte de los juristas que ante ese limbo jurídico y la consecuente discrecionalidad en el juzgamiento, según las características personales respecto de sus convicciones, puede encontrar el operador jurídico perfectamente los argumentos para criminalizar al profesional de la salud que haya ejecutado acciones de LET, porque existe la modalidad de los delitos de omisión impropia, según los cuales dejar de actuar en el momento en que se debe actuar. En esas circunstancias, él va a ser responsable por el resultado, y muy seguramente se tendría a un profesional y un equipo de salud sancionados.

4. CONCLUSIONES

- En términos generales, en el personal de la salud entrevistado (médicos y enfermeras) se da aceptación de las LET, y parece ser que soportan tal posición con argumentos que básicamente se refieren al concepto de dignidad y de lo que ellos consideran es su significado «morir con dignidad». Con-

²⁷ GRACIA, Diego. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Triacastela, 2008, p. 183.

²⁸ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 5261 (5, agosto, 1994). Establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. [En línea]. [Fecha de consulta 16 de octubre de 2013] <http://www.notinet.com.co/pedidos/Rms5261-94.htm>

cepto de dignidad que en palabras de los sujetos investigados radica en permitir que la persona muera cuando su única posibilidad es sufrir sin que se tenga ninguna probabilidad de manejo que le recupere de su estado; concepto que básicamente es clínico. Aquí sí se tiene un problema mayor, por la diversidad de concepciones del término dignidad y por el reduccionismo biologicista. Pero lo que realmente motiva a todos a pensar en las LET son el pronóstico del paciente y la futilidad de los tratamientos.

- Otro sustento importante a la hora de decidir es el de las convicciones religiosas del personal de la salud, donde en términos generales se aduce que los médicos son «católicos no practicantes» y se encuentra un personal de enfermería que sí se declara «católico practicante».
- Con la familia se presentan dilemas en el sentido por ejemplo de si hacerlos conocedores o no de las acciones de LET, ya se documentó en las evidencias como las acciones de LET, muchas veces se hacen con o sin el consentimiento de la familia y en la gran mayoría de los casos se hacen para legitimar las LET (para que el familiar en últimas sea el responsable). Parece que la firma de la familia evitara los dilemas éticos; es decir, la familia parece legitimar el actuar de los profesionales de la salud y de cierta manera resolver los dilemas éticos.
- La familia como elemento central, de manera contradictoria a pesar de ser reconocida como un «eje», resulta el más débil ante los otros dos elementos que lo rodean. Esos otros elementos circundantes que con su majestuosidad y poderío, dotados de todo un montaje tecnocientífico por un lado y por el otro la parafernalia normativa como expresión de un Estado que desprotege, por el limbo jurídico y unos funcionarios judiciales que frente a las LET actúan discrecionalmente; rodean y condicionan el devenir de un acto que siempre debe estar en consonancia con el motivo por el cual fueron creadas las UCI (atender a personas con posibilidad real de recuperación).
- Largas controversias como las manifestadas por Engelhardt, en el sentido de «haberse aceptado el reconocimiento del derecho, a ser dejado en paz, a no ser tocado sin autorización, a poder rechazar rotundamente el tratamiento que puede salvar la vida». Aún no se han dado en Colombia y el camino está por recorrer, sobre todo en el campo de los juristas, donde las aproximaciones a los fallos, según fuentes distintas a las planteadas por el derecho, son rechazadas de manera categórica.
- Los conceptos de los familiares de pacientes de UCI respecto de cómo se resuelven los dilemas se relacionan básicamente con decisiones individuales, atadas al parecer de cada persona, independiente de la consideración ética o no de la decisión, lo que importa es lo que cada uno piense de la situación en particular. El punto de partida es alguna manifestación previa por parte del paciente, sobre algún tipo de patología que resulta inaceptable padecer y se confirma estando en la UCI. Viene una etapa de acercamiento con los profesionales de salud, específicamente los médicos, quienes dependiendo de la dedicación que den a sus pacientes y familiares logran facilitar la agilidad de procesos y procedimientos de LET. Las actitudes de los familiares con el equipo de salud cambian, en la medida de la afectación y la gravedad del paciente y los juicios que los familiares se hacen

- respecto del manejo que se está dando; muchos familiares tienen dudas respecto de lo que se está haciendo que muchas veces no contrasta con las expectativas de los familiares.
- Los asesores espirituales facilitan mucho estos procesos, cuando sus argumentos resultan favorables a la toma de decisiones de LET. El entendimiento que se tiene de los procesos naturales del humano son factores fundamentales para la aceptación de las LET.
 - Definitivamente el proceso de aceptación de las LET, se da de manera independiente de consideraciones académicas e incluso religiosas. La forma como una persona asume su vida, y la muerte como parte de ese ciclo vital, es fundamental para la toma de decisiones. Para las familias sirve como dinamizador del proceso de LET el argumento de la compasión que unos seres humanos sienten por otros, especialmente si se trata de personas con algún parentesco. El amor que une los parientes a un ser que padece una condición grave que lo ha llevado a estar en una UCI, parece que generara un acto de desprendimiento tal que prefieren que se termine lo más pronto posible la existencia y con ella el sufrimiento. Contrario al argumento anterior se identificó otro que ya se ha tratado en estudios anteriores: el que en algún momento se avizó que las LET, se daban en algunos casos para evitar el sufrimiento pero de la familia, no del paciente.
 - No siempre se toma la decisión de LET de una sola vez. Algunas veces se recurre a procedimientos progresivos, pero el pensamiento parece estar orientado hacia esa perspectiva terapéutica. Esto porque hay inseguridades respecto de la decisión y temores frente a su legalidad o al señalamiento social. El consenso familiar en las decisiones que se toman es otra forma de manejar las situaciones dilemáticas.
 - Las posturas éticas y legales tienen un contrasentido en muchos casos respecto a las limitaciones de esfuerzos terapéuticos, sobre todo cuando el paciente no ha participado con su consentimiento. La bioética podría asumir una postura un tanto permisiva frente a las órdenes de terceros por lo cual se sugiere de todas maneras se acuda al criterio de la autonomía pura ya que las normas y jurisprudencia colombianas hacen énfasis en la obligatoriedad del consentimiento como expresión de libertad, autonomía y libre desarrollo de la personalidad del sujeto de cuidado.
 - Urge la necesidad de una bioética que sirva como puente entre las dinámicas de la triada y permita desaprender viejas formas y aprender nuevas formas de acercamiento que redunden sobre todo en beneficio del paciente como motivo central de la invención de las UCI y de la aceptación de las LET.
 - En términos generales se puede decir que en el personal de la salud entrevistado (médicos y enfermeras) se da aceptación de las LET y soportan tal posición en argumentos que básicamente se refieren al concepto de dignidad y de lo que ellos creen que ella es «morir con dignidad». Concepto de dignidad que en palabras de los sujetos investigados radica en permitir que la persona muera cuando su única posibilidad es sufrir sin que se tenga ninguna probabilidad de manejo que le recupere de su estado; concepto que básicamente es clínico. Aquí si se tiene un problema mayor, por la diversidad de concepciones del término dignidad humana considerada «como una conquista

de la ilustración»²⁹, que se ha incorporado al saber moral. Ilustración que, palabras más palabras menos, significa para la humanidad haber salido de las tinieblas, mediante la luz de la razón.

5. RECOMENDACIONES

- Se considera importante proponer una línea de análisis frente al tema, orientada a las LET, en lo que respecta a la decisión de los equipos de salud, y operadores jurídicos, según perspectivas bioéticas. De igual manera, acerca del papel que tendrían frente a dichas decisiones los comités de bioética o los de ética hospitalaria, que estando reglamentados no existen y que de existir deberían ponerse al servicio de todos.
- Las evidencias mostraron unas familias con características muy específicas, lo que muestra la necesidad que al pretender tratarlas de manera integral, se debe desarrollar un trabajo específico por parte del equipo de salud que primero estudie y conozca al núcleo familiar, permita particularizar las acciones y trate a la familia como un todo que es diferente a otras.
- Los comités de ética hospitalaria de las instituciones de salud tienen la tarea de resignificar la atención en el personal clínico: caracterizarla básicamente por el respeto a los derechos del paciente. Esta resignificación deberá comenzar con una formación para quienes sea oportuno o un desaprender para otros, para que el cuidador asuma la idea de la muerte con mayor racionalidad y menos desconcierto y temor. No hay que olvidar que las UCI fueron creadas

para atender enfermos en estado de salud crítico y de gravedad extrema, pero con posibilidad real de recuperación.

- La falta de legislación específica respecto de las LET genera confusiones a la hora de actuar de los miembros del equipo de salud, de la familia y de los operadores jurídicos. Es esta una situación apremiante para que desde la bioética se permee al legislador colombiano, en procura de orientar la expedición de normas sobre la materia.

Bibliografía

1. ARIES, Philippe. Citado por MEJÍA RIVERA, Orlando. *La Muerte y sus símbolos. Muerte, tecnocracia y posmodernidad*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1999.
2. CAMPOS A. Agustín. *Métodos Mixtos de investigación*. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio, 2009.
3. CAPRA, F. *La Trama de la vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos*. Barcelona: Anagrama, New York, 1996.
4. COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL Sala plena. Sentencia C-239, del 20 de mayo de 1997. M. P. Carlos Gaviria Díaz. [En línea]. [Fecha de consulta 4 de septiembre de 2013]. Disponible en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>
5. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 5261 (5, agosto, 1994). Establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. [En línea]. [Fecha de consulta 16 de octubre de 2013] <http://www.notinet.com.co/pedidos/Rms5261-94.htm>
6. CORTINA, Adela. *Ética sin moral*. 2.ª ed. Madrid: Tecnos, 1992.
7. ENGELHARDT, Tristram. *Fundamentos de la bioética*. Barcelona: Paidós, 1995.
8. ESCOBAR TRIANA, Jaime. *Morir como ejercicio final del derecho a una vida digna*. Colección Bios y Ethos N.º 7, Bogotá: Universidad El Bosque, 2000.

²⁹ CORTINA, Adela. *Ética sin moral*. 2.ª ed. Madrid: Tecnos, 1992, p. 23.

9. GHERARDI, Carlos R. *Vida y Muerte en Terapia Intensiva. Estrategias para conocer y participar en las decisiones*. Buenos Aires: Editorial Biblos, 2007.
10. GRACIA, Diego. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Triacastela, 2008.
11. GRACIA, Diego. *Primum non nocere. El principio de No-maleficencia como fundamento de la ética médica*. Madrid: Instituto de España, Real Academia de Medicina, 1990. Citado por ESCOBAR TRIANA, Jaime. *Morir como ejercicio final del derecho a una vida digna*. Colección Bios y Ethos N.º 7, Bogotá: Universidad El Bosque, 2000.
12. HOTTOIS, Gilbert. ¿Qué es la bioética? Bogotá: VRIN- Universidad El Bosque, 2007.
13. KOTTOW, Miguel. *Participación informada en clínica e investigación biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado*. Bogotá: Unesco, 2007.
14. LEÓN C., Francisco Javier. «Las voluntades anticipadas: análisis desde la experiencia en ética clínica». En *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 3 N.º 2, pp. 83-101. Universidad El Bosque. Bogotá: Kimpres, 2008.
15. MEJÍA RIVERA., Orlando. *La Muerte y sus símbolos. Muerte, tecnocracia y posmodernidad*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1999.
16. NOVILLO, Abel *et al.* Limitación de los esfuerzos terapéuticos. Resultados de un registro prospectivo en una sala de clínica médica. En *Medicina Buenos Aires, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno (CEMIC)*. pp. 437–441. Medicina (Buenos Aires) Vol. 68 N.º 6 Ciudad Autónoma de Buenos Aires nov-dic., 2008. [En línea]. [Fecha de consulta 14 de noviembre de 2010]. Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802008000600005&script=sci_arttext
17. OVALLE GÓMEZ, Constanza. *Práctica y significado del consentimiento informado en hospitales de Colombia y Chile*. Colección Bios y Oikos. N.º 7. Bogotá: Universidad El Bosque, 2009.
18. RINCÓN R. Mónica. «Educación, bioética y toma de decisiones éticas». En *Revista Latinoamericana de Bioética*. N.º 2, pp. 114-123, 2008. Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada, diciembre de 2008.
19. RODRÍGUEZ S. Clemente. «La triangulación analítica como recurso para la validación de estudios de encuesta recurrentes e investigaciones de réplica en educación superior». En *Revista electrónica de investigación y evaluación educativa*. Universidad de Valencia España. Año/vol 12, N.º 2, 2 pp. 289–305. [En línea]. [Fecha de consulta 20 de abril de 2011]. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx>
20. THOMPSON, Trevor *et al.* «Adherence to advance directives in critical care decisions making: vignette study». *BMJ* 2003;327:1011. M Lahn, B Friedman, P Bijur, M Hayghey, EJ Gallager. «Advance directives in skilled nursing facility residents transferred to emergency departments». En *Rev. AcadMerg Med* 2001 Dec, 8 (12):1158-62. Lars Sandman *et al.* «Ethical Considerations of Refusing Nutrition After Stroke». *Nursing Ethics*, 2008, 15: 147-159.
21. TORREGROSA S. Rafael *et al.* *La bioética y la clínica, una aproximación desde la práctica diaria*. Valencia: Generalitat Valenciana - Conselleria de Sanitat. EVES, 2005.
22. WALZER M. *Las esferas de la justicia. Una defensa del pluralismo y de la igualdad*. México: FCE, 1997. Citado por GUZMÁN U. María del P. «Análisis de las principales estrategias de racionalización de los recursos sanitarios en las reformas sanitarias actuales». En *Revista gerencia y políticas de salud*. Pontificia Universidad Javeriana. Año/vol 6. N.º 13. 2007, p. 72. [En línea]. [Fecha de consulta 15 de abril de 2011] Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx>
23. ZÚÑIGA F, Alejandra. «Derechos del paciente y eutanasia en Chile». En *Revista de Derecho (Austral)*. N.º 2, p. 112, diciembre de 2008.