RESPONSABILIDAD DE LAS EMPRESAS DE SALUD EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES TERMINALES Y SU APLICACIÓN EN PEREIRA EN EL PRIMER SEMESTRE 2010

JULIÁN FERNANDO MAYOR SALAZAR

UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA
FACULTAD DE DERECHO
ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL
PEREIRA
2011

RESPONSABILIDAD DE LAS EMPRESAS DE SALUD EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES TERMINALES Y SU APLICACIÓN EN PEREIRA EN EL PRIMER SEMESTRE 2010

JULIÁN FERNANDO MAYOR SALAZAR
Cód. 310102044

Tesis presentada como requisito de grado en la Especialización Derecho Laboral y Seguridad Social

Director temático:
Mg. EDGAR AUGUSTO ARANA MONTOYA

Asesores metodológicos:
Dr. YONNIER CARDONA SALAZAR
Dr. WALTER GARCÍA MORALES

UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA
FACULTAD DE DERECHO
ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL
PEREIRA
2011

NOTA DE ACEPTACIÓN:

_____

_____

_____

_____

_____

_____
Firma del presidente del jurado

_____
Firma del jurado

_____
Firma del jurado

Pereira, Noviembre de 2.011.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo, a todas esas personas que de una u otra forma, pero siempre con una entrega total y apartados de todo tipo de retribución nos ofrecieron su apoyo incondicional y su sincero apoyo y aliento para la consecución y finalización de este proyecto de vida, a ellos de corazón dedicamos este trabajo y nuestra carrera.

AGRADECIMIENTOS

Nada es posible de realizar en la vida ni en las aspiraciones profesionales, sin la divina protección de Dios y el apoyo y sacrificio de nuestros seres amados, a ellos expreso mi agradecimiento.

A la universidad y sus docentes por ofrecer su conocimiento en pos de formar grandes profesionales con respeto por la sana convivencia y el aporte social.

Al doctor EDGAR AUGUSTO ARANA, profesor, Director de Postgrados, orientador y asesor en la investigación, por sus grandes aportes metodológicos y personales para la culminación de este proyecto.

CONTENIDO

Pág.

LISTA DE ANEXOS 8

GLOSARIO DE TÉRMINOS RELACIONADOS 9

RESUMEN 11

INTRODUCCIÓN 12

1. OBJETIVOS 13

1.1. OBJETIVO GENERAL 13

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 13

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 14

2.1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA 14

2.1.1. Pregunta general 14

2.1.2. Preguntas Específicas 14

3. JUSTIFICACIÓN 16

4. HIPÓTESIS 17

5. MARCO REFERENCIAL 18

5.1. MARCO CONTEXTUAL 18

5.2. MARCO HISTÓRICO 22

5.3 MARCO JURÍDICO 23

5.4 MARCO TEÓRICO 25

5.5. MARCO POBLACIONAL 30

5.6 MARCO GEOGRÁFICO 30

6. ESTRATEGIA METODOLÓGICA 31

6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....32
6.2 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN 32
7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....33
8. PRESUPUESTO DE COSTOS Y FINANCIACIÓN.....34
BIBLIOGRAFÍA.....35

LISTA DE ANEXOS

Pág.

Anexo A. Tratamiento Paliativo 37

Anexo B. Matriz de Contenido 41

GLOSARIO DE TÉRMINOS RELACIONADOS

CUIDADO PALIATIVO: el Cuidado Paliativo reconoce la muerte como un hecho natural, sin posponer su llegada y sin acelerarla. Pero al reconocer dicho principio, el Cuidado Paliativo no se centra en la muerte: centra su atención en la calidad de vida de los últimos días de los pacientes terminales.

DERECHOS HUMANOS: se observa que los derechos humanos suponen el imperio del derecho y la existencia. De una democracia constitucional en la cual los principios de legalidad y legitimidad sean reconocidos. Fuera de esto, el respeto de los derechos supone necesariamente un sistema de protección, siendo el más deseable el jurisdiccional.

Algunos han propuesto la Corte Internacional de los Derechos Humanos, el Alto Comisionado para protección de Derechos Humanos, y actualmente existen algunos mecanismos, como la Comisión Europea de Derechos Humanos, la Comisión y la Corte Interamericanas de Derechos Humanos (de que trata la Convención Americana de Derechos Humanos), el Comité y la Comisión de Naciones Unidas, etc.

DIGNIDAD HUMANA: la consideración de la dignidad de la persona pasa por reconocer lo que se entenderá tanto por dignidad como por persona. Su tratamiento implica el reconocimiento de la individualidad del hombre, sus potencialidades, así como sus limitaciones. Quizá la concepción que más se aproxime a estos postulados sea la de Luis Recaséns, quien señala: "El pensamiento de la dignidad consiste en reconocer que el hombre es un ser que tiene fines propios suyos que cumplir por sí mismo, o, lo que es igual, diciendo en una expresión negativa, la cual tal vez resulta más clara, el hombre no debe ser un mero medio para fines extraños o ajenos a los suyos propios".[1]

ENFERMEDAD TERMINAL: las enfermedades terminales son aquellas enfermedades en donde el paciente se encuentra en ese paso que delimita la vida de la muerte, y para pasar ese limite, o para frenarlo el paciente debe recibir un tratamiento adecuado, para mitigar el dolor y el sufrimiento, suyo y el de los demás familiares, ya sea con tratamientos adecuados, o con el consentimiento que se le practique la eutanasia.

[1] . RECASÉNS, Luis. (citado por MONROY, Marco 1980, Pág. 13).

HUMANIDAD: la humanidad, al reconocerse superior a los demás seres vivos y al sentirse sus miembros poseedores todos ellos, sin excepción, del atributo del raciocinio y la inteligencia, establecieron las condiciones de su igualdad, sobre la que reposa la dignidad, que es la valorización exacta y el respeto de la condición del hombre. En el caso de las y los TSC, como en muchos otros, estos principios de validez universal son muchas veces pasados por alto, y unas personas se sienten con potestad de juzgar y condenar a otras, por el simple hecho de subsistir por medios distintos, tildándolas de "pecadoras", "promiscuas" y otras cosas, olvidando, muchas veces, "la viga que llevan en el ojo propio".

MORAL: Alipio Valencia Vega se refiere así a la moral: "en la actualidad se define la moral como la ciencia que se ocupa de enseñar a los hombres a distinguir el bien del mal, de acuerdo a las conveniencias y al grado de evolución de cada sociedad. Por eso es que la moral es variable según los pueblos. En los pueblos primitivos, se considera que es un bien dar muerte a los padres ancianos para que no sufran, pero en los pueblos civilizados tal cosa se considera como un crimen".[2]

[2] VALENCIA VEGA, Alipio. Educación moral, cívica y política. Ed. Juventud, La Paz, Bolivia. 1981, pág. 14.

RESUMEN

Las enfermedades terminales son aquellas enfermedades en donde el paciente se encuentra en ese paso que delimita la vida de la muerte, y para pasar ese limite, o para frenarlo el paciente debe recibir un tratamiento adecuado, para mitigar el dolor y el sufrimiento, suyo y el de los demás familiares, ya sea con tratamientos adecuados, o con el consentimiento que se le practique la eutanasia, cuando según el criterio medico el diagnóstico es de desahucion. Por ello y por lo complejo y delicado del tema, se manejarán los fundamentos médicos para este tipo de enfermedades, así como también el análisis de los pronunciamientos legales sobre responsabilidad, médica y contractual de las empresas prestadoras de salud que se niegan a tratar al paciente en su face Terminal.

Palabras clave: Enfermedades terminales, Paciente, Paliativo, Dignidad Humana, Derechos, Eutanasia, Responsabilidad, Ética, Moral, Negligencia.

INTRODUCCIÓN

Actualmente las leyes colombianas penalizan la eutanasia tanto por acción como por omisión. La decisión de la Corte despenaliza la eutanasia por acción en pacientes terminales. La definición de paciente terminal, crea confusión en nuestra ciencia médica. Anécdotas hay por montones de pacientes desahuciados, y con pronóstico de morir prontamente, que siguen adelante con calidad de vida por muchos años. Muchos de ellos son catalogados como milagros, pero la realidad en Colombia es muy polémica, ya que las Empresas Prestadoras de Salud, en muchas ocasiones evaden la responsabilidad de costear los gastos para enfermedades terminales, alúcienlo que estos procedimientos no son cobijados por el régimen de salud.

Bajo estos argumentos en la realización del trabajo se desarrollarán las principales definiciones sobre el tratamiento de las enfermedades terminales y la responsabilidad que tienen las empresas prestadoras de salud en el mencionado tratamiento, se tomaron referentes bibliográficos y antecedentes históricos de diferentes autores, así como un trabajo de campo basado en encuestas en la ciudad de Pereira y a estudiantes de Derecho de la Universidad Libre de Pereira.

El tema a tratar es de relevancia social y jurídica porque hoy en día un médico de cabecera con un equipo multidisciplinario compuesto por enfermeras, consejeros espirituales, psiquiatras, puede ayudar en el proceso de la muerte con un buen tratamiento paliativo. Y aunque ese tratamiento tenga el doble efecto de beneficio y de perjuicio, no se debe abstener de hacerlo. Si la justificación para la eutanasia activa, es evitar el sufrimiento, debe acabarse con dicho sufrimiento y no acabar con la vida. Se deben tomar todas las medidas necesarias para calmar el sufrimiento, o por lo menos que sea soportable. Los recursos que existen actualmente para el tratamiento paliativo son enormes. Casi todas las drogas que se utilizan en cualquier plan terapéutico, tienen efectos colaterales. Y cuando se utilizan, no se hace por los efectos colaterales para perjudicar al paciente, sino en búsqueda de su bien. Y este es el sentido ético del ejercicio profesional, y del principio fundamental de la Constitución de la preservación y el respeto a la vida: ¡Buscar siempre el bien! Y en ese tratamiento paliativo, se deben dirigir las acciones hacia la familia, que en sus angustias propiciará acciones irreales., porque cuando a un paciente Terminal no se le cumple con el tratamiento médico, por negligencia de las entidades de salud a la cual se encuentra afiliado, el problema, el dolor y la angustia repercute en todas las personas que lo rodean.

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

Describir mediante datos bibliográficos y estadísticos, cual es la verdadera eficacia de la legislación colombiana respecto a la responsabilidad de las empresas Prestadoras de salud en el tratamiento de las enfermedades terminales y su aplicación en Pereira en el primer semestre del 2010.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Explorar en la legislación actual de Colombia sobre el verdadero tratamiento que las empresas de salud ofrecen a los enfermos terminales en el primer semestre 2010.

Comparar la normatividad de las empresas de salud con respecto a la legislación constitucional de Colombia para medir el grado de responsabilidad de dichas empresas de salud en el período sujeto al estudio.

Analizar de acuerdo a la legislación colombiana, hasta que punto se debe dar tratamiento a las enfermedades terminales y por cuenta de quien deben correr los gastos de los tratamientos, de acuerdo a la Legislación aplicada para el primer semestre de 2010.

Evaluar la forma como las empresas prestadoras de salud en Colombia, evaden la responsabilidad en el tratamiento de las enfermedades terminales de los pacientes afiliados de acuerdo a la situación en el primer semestre del año 2010.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Cualquier formulación descriptiva acerca del tratamiento de las enfermedades terminales, deberá contar con el establecimiento claro y objetivo de definiciones específicas sobre los actos tendientes disminuir el sufrimiento, especialmente ante las nuevas legislaciones que consideran la práctica eutanásica dentro de los marcos legales ya establecidos como en Holanda, y últimamente en Colombia, donde la Corte Constitucional declaró la no responsabilidad legal imputable al médico por el acto de 'matar por piedad' cuando el acto es solicitado por el paciente, y donde las empresas prestadoras de salud tratan de evadir el tratamiento por su alto costo.

Como intentos de definición, han aparecido un si número de clasificaciones sobre formas de Eutanasia dentro de las cuales, algunas a nuestro juicio distraen el fundamento del acto para ligarlo a implementaciones técnicas (Eutanasia invasiva o no invasiva), circunstanciales (activa o pasiva), médico legales (suicidio asistido versus muerte asistida), todas ellas de dudoso valor bioético pues se fundamentan a partir de la consideración del dolor o sufrimiento como hecho inmodificable, y cuya única salida o alivio es la muerte.

2.1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

2.1.1. Pregunta general

¿De acuerdo a datos bibliográficos y estadísticos, cuál es la verdadera eficacia de la legislación colombiana respecto a la responsabilidad de las empresas Prestadoras de salud en el tratamiento de las enfermedades terminales, en Colombia en el año 2010?

2.1.2. Preguntas Específicas

¿De acuerdo a la legislación actual de Colombia cuál es el verdadero tratamiento que las empresas de salud ofrecen a los enfermos terminales en el primer semestre 2010?

¿Qué normatividad de las empresas de salud con respecto a la legislación constitucional de Colombia se debe aplicar para medir el grado de responsabilidad de dichas empresas de salud en el período sujeto al estudio?

¿De acuerdo a la legislación colombiana, hasta qué punto se debe dar tratamiento a las enfermedades terminales y por cuenta de quien deben correr los gastos de los tratamientos, de acuerdo a la Legislación aplicada para el primer semestre del año 2010?

¿Cuál es la forma como las empresas prestadoras de salud en Colombia, evaden la responsabilidad en el tratamiento de las enfermedades terminales de los pacientes afiliados de acuerdo a la situación en el primer semestre del año 2010?

3. JUSTIFICACIÓN

Es de gran importancia para los estudiantes de Derecho y para las personas en general, en especial aquellas que tengan en su familia un paciente Terminal, el estudio de un tema como la responsabilidad de las empresas prestadoras de salud para el tratamiento de las enfermedades terminales ya que el extraordinario desarrollo de la ciencia médica en el siglo XX, más allá de resultados como la prolongación de la vida y el incremento de la población, ha generado la necesidad de reconceptualizar elementos que se relacionan con la calidad de vida y con la calidad de muerte, que llegan casi a competer más a los campos de la ética que a la medicina misma. Tal es el caso del dolor, como fenómeno bioético, que anteriormente era ligado inevitablemente a la conceptualización natural y religiosa de la vida, pero que en la actualidad se erradica afortunadamente de todo concepto de bienestar, cuando antes se le consideró como una especie de virtud purificadora.

Hoy en día, dentro del espacio de las enfermedades terminales, el dolor ha pasado a ser casi la antítesis de la vida, puesto que una vida llena de dolores es indeseable. De allí que el acortamiento del sufrimiento 'inevitable' ha motivado nuevamente la discusión a cerca de la terminación deliberada de la vida como método de tratamiento.

En los finales de un Siglo en el que la especie humana ha vivido los cambios conceptuales más agudos de toda su existencia, la conceptualización y el debate a cerca de la Eutanasia ha revelado la más amplia diversidad de tendencias gregarias y perspectivas conceptuales -muchas de ellas carentes de claridad- sobre lo intangible de un hecho simple y natural: la muerte.

4. HIPÓTESIS

Hasta qué punto llega la responsabilidad civil, administrativa y médica de las instituciones que evaden el tratamiento de las enfermedades terminales, a sabiendas de que son principios fundamentales y constitucionales, la vida y la vida digna que prevalece sobre cualquier otro, para realizar la comprobación de esta hipótesis en la investigación se debe especificar en los casos concretos, en las afirmaciones que hacen las entidades encargadas de cumplir con los tratamientos médicos para enfermos terminales y en los conceptos que la legislación actual de Colombia tiene con respecto al tema estudiado.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1. MARCO CONTEXTUAL

Derecho a morir dignamente

Es el derecho a tener soporte y alivio al final de su existencia: compañía humana, alivio del dolor, alivio de otros síntomas, asistencia espiritual y psicológica, todo ello respetándose los derechos a la autonomía y autodeterminación. En la declaración de los Derechos del Enfermo, se definen así mismo los derechos del enfermo terminal, los cuales son casi requerimientos esenciales para una muerte digna, los cuales son los siguientes:

- Derecho a vivir hasta su máximo potencial físico, espiritual, emocional, vocacional y social compatibles con el estado resultante de la progresión de la 'enfermedad'.
- Derecho a vivir independiente y alerta.
- Derecho a tener alivio de su sufrimiento físico, emocional y social.
- Derecho a conocer o a rehusar al conocimiento de todo lo concerniente a su enfermedad y a su proceso de morir.
- Derecho a ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores en el proceso de aproximación a su muerte.
- Derecho a ser el eje de las decisiones que se tomen en la etapa final de su vida.
- Derecho a que no se le prolongue el sufrimiento indefinidamente.
- Derecho a hacer el mejor uso creativo posible de su tiempo.
- Derecho a que las necesidades y temores de sus seres queridos sean tenidas en cuenta antes y después de su muerte.

- Derecho a morir tan confortable y apacible como sea posible.

Estos derechos resumen el concepto de 'buena muerte', en condiciones en que la Eutanasia llegaría a ser innecesaria.

Muerte asistida

Es una forma semántica menos clara y muy ambigua de la palabra Eutanasia, que se enunció probablemente al buscar una forma más permisiva de llamar al acto de prestar ayuda al enfermo durante el proceso de su fallecimiento mediante el acortamiento de la vida. Su valor descriptivo puede llegar a ser totalmente subjetivo, y si el objetivo es referirse al hecho de aliviar al paciente que enfrenta su muerte su acepción correcta es la de 'asistencia al paciente que muere' o ' moribundo asistido', totalmente diferente al sentido de ayudar a la muerte misma asistir a la muerte, muerte asistida- que representa la Eutanasia.

Suicidio asistido

Es el acto de prestar ayuda a otro para poner fin a su vida, lo cual puede realizarse mediante actos directos (proveerle del elemento letal) o indirectos (estimularle o coaccionarle a que consume el acto). Aplicados al paciente en estado terminal ambas son formas de Eutanasia, puesto que describen un acto de acortamiento voluntario de su vida. Nuevamente se evidencia aquí una forma descriptiva de disminuir la responsabilidad del «facilitador» del acto eutanásico.

En este punto es muy importante incluir con fines aclaratorios lo que describe la ley Colombiana al respecto de este punto en el que contempla las aplicaciones de los principios de libertad y autodeterminación consagrados y amparados por la Constitución Política Colombiana y su análisis correspondiente.

... El principio de autonomía permanece incólume aun cuando la persona elige de una manera consciente un camino que no conduce al beneficio de su mejor interés. Esto es lo que en filosofía se conoce como una 'voluntad débil'. El derecho de los fumadores se funda en este tipo de justificación: no obstante la certeza del mal que produce el consumo del cigarrillo, se supone que "el valor de la

autonomía está por encima del perjuicio que pueda derivarse de la opción escogida"[3]

En la órbita penal, es necesario aclarar que no hay delito en atentar contra sí mismo, contra su salud o contra su propia vida. El reconocimiento del principio de autonomía ha sido permanente en el derecho penal, que solamente castiga los comportamientos que atenten contra la vida de otro o contra la sociedad. El artículo 107 castiga la inducción o la ayuda que otro preste al suicida, quien dicho sea de paso actuará según su designio sin miedo a la sentencia de un juez. Obviamente el principio de autonomía del paciente está limitado por el límite del actuar ético del médico, quien ha jurado servir a sus pacientes respetando la ley, y puede rehusarse a tomar una conducta o determinación del paciente que le sea deletérea a la ley, a la ética o al mismo paciente. Esto es especialmente relevante en el caso del paciente terminal, en el cual presionado por tribulaciones físicas, psíquicas o sociales no bien atendidas (ver arriba la definición de, morir con dignidad) su autonomía y libertad están totalmente vulneradas por el sufrimiento no aliviado.

Medicina paliativa

Es una especialidad interdisciplinaria de la medicina y otras ciencias de la salud afines, que contempla el fenómeno de la enfermedad avanzada y su fase terminal como un fenómeno biopsicosocial. El cuidado que provee se llama Cuidado Paliativo, y su objetivo fundamental conocido ampliamente es 'aliviar el sufrimiento cuando curar es imposible' dentro de un esquema de control de síntomas, decisiones de carácter bioético, y conservación de habilidades que obtenga el máximo posible -acorde al estado de su enfermedad- de funcionalidad en todas las esferas del paciente. Ello se logra mediante un cuidado activo, flexible e interdisciplinario.

Es importante aclarar aquí que es indiscutible por lo definido anteriormente, el hecho de que la asistencia a un paciente en las fases cercanas a la muerte requiere un cuidado especializado en el cual la sola condición de conocimiento del estado orgánico del paciente, o de los métodos para aliviarle el dolor no bastan. A la luz de los conocimientos actuales se ría deseable en la situación ideal contar con la asistencia de una persona o grupo especializado para cada paciente que muere. Sin embargo, en términos de salud pública, se requiere que todo médico dedicado al manejo de enfermedades avanzadas se instruya adecuadamente sobre el conocimiento de todas las dimensiones y los principios básicos de

[3] CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-401/94.

intervención en el manejo de los pacientes terminales. Aún así es clara la necesidad de que sepa reconocer apropiadamente los límites de su conocimiento y reconocer a tiempo la necesidad.

5.2. MARCO HISTÓRICO

El concepto original de la palabra Eutanasia en contraposición al tratamiento de las enfermedades terminales se identifica en los albores de la civilización griega con el sentido etimológico de 'muerte buena' (Ej: bien, y Thanatos: muerte) y se confunde desde entonces con muchas de las aplicaciones en que a través de la evolución ha sido empleada, y de las cuales algunas revelaban solamente una visión muy limitada, como en la antigua Esparta, cuando los niños con malformaciones eran arrojados por el monte Taggeto (Eutanasia Eugenética o 'Depuración Genética' que hoy sería concebida como genocidio), o como aquella empleada por los Bretones, quienes aniquilaban rutinariamente a los enfermos incurables (hoy homicidio culposo, puesto que en esa época la 'incurabilidad' estaba definida por la falta de conocimiento).

Hacia la era Grecorromana, en que la palabra Eutanasia se concibió como 'morir bien' o 'morir sin dolor' (Hipócrates en su 'Juramento', Platón en la 'República III', Tácito en 'Anales XVI', Epíceto en 'Manual', y otros), su uso en ningún aspecto es relacionado con la ayuda a morir. Su uso Ascético-Religioso llegó a calificar el 'buen morir' como ligado a la aceptación de los sufrimientos orgánicos hasta la forma de 'ofrecimiento' para llegar mejor a la otra vida.

Durante los siglos XVI y XVII aparecen los primeros usos médicos del concepto de Eutanasia como el buen morir en el sentido físico: como el último proceso de la salud y de la vida del hombre, en la cual la medicina debe utilizar todos los recursos de que pueda disponer para enfrentar la muerte.

Desde ese momento se inicia tenuemente la controversia médica, humanista y ética acerca del sufrimiento y la muerte por autores como Tomás Moro (1478 - 1535) en su 'Utopía', novela política y social de 1513, Francis Bacon (1561-1626) en su 'Novum Organum' en la que propone la muerte por agentes adecuados como algo menos desagradable, y Ambrosio Paré (1509-1590) quien describe en forma patética una clara situación de 'homicidio por piedad' durante un conflicto bélico de la época:

Por todo lo anterior, es evidente entonces que la definición y aplicaciones del término Eutanasia hasta el presente han podido estar llenos de vicios de concepto, circunstancia, e información que bien pueden derivar en condiciones abiertamente contradictorias con el principio del respeto a la vida y sobretodo a la autonomía del

individuo, elementos estos de vital importancia ética en la toma de decisiones en estados avanzados de enfermedad.

5.3 MARCO JURÍDICO

La Ley 860 del 26 de diciembre de 2003, deja en firme los requisitos para acceder a la pensión de invalidez, el nuevo esquema para la jubilación de los agentes del Departamento Administrativo de Seguridad (DAS) y un cambio en el régimen de transición.

Las personas menores a los 20 años a quienes las juntas regionales de calificación de invalidez le certifiquen que han perdido más del 50 por ciento de la capacidad laboral, se les exigirán 26 semanas cotizadas anteriores al hecho que causó la invalidez.

A las personas mayores de 20 años se les va a pedir 50 semanas de cotización en los últimos 3 años anteriores a la fecha de estructuración y que presenten una fidelidad al sistema del 20 por ciento entre la edad en que se declara la invalidez y los 20 años.

La presidenta encargada del Instituto de los Seguros Sociales, Elena Mesa Zuleta, indicó que con esto se pretende ajustar los requisitos para la pensión de invalidez con el fin de disminuir un fraude que se estaba presentando al sistema pues personas con enfermedades terminales o muy mayores, se afiliaban al sistema y terminaban con pensión de invalidez.

Cuando el afiliado haya cotizado el 75 por ciento de las semanas mínimas requeridas para la pensión de vejez (por ejemplo en el año 2004 se requerirán 1.000 semanas) es decir cuando la persona tenga 750 de esas semanas, solo se le van a pedir 25 semanas de afiliación en los últimos tres años.

La Ley 860 del 26 de diciembre de 2003 señala que el personal del Departamento Administrativo de Seguridad (DAS) que ya haya cotizado 650 semanas tendrá derecho a la pensión de vejez, siempre y cuando haya cumplido los 55 años de edad.

El monto de la cotización especial para el personal del DAS será el previsto en la ley 797 de 2003 más 10 puntos adicionales a cargo del empleador.

El ingreso base de cotización estará constituido por una serie de factores establecidos desde 1994, adicionados en un 40 por ciento de la prima especial de riesgo.

La Ley aclara que los detectives vinculados antes del 3 de agosto de 1994 y que tengan cotizadas mínimo 500 semanas, se les reconocerá la pensión de jubilación en las cotizaciones establecidas en 1994.

El personal del DAS que esté afiliado al sistema de ahorro individual o de los fondos privados de pensiones, tiene tres meses a partir del 26 de diciembre de 2003, para cambiarse al régimen de prima media y tener derecho a estos beneficios.

El artículo 3 de la Ley 860 da plazo hasta el año 2023 a las empresas que tengan que pagar los cálculos actuariales al Seguro Social.

Ese artículo se aplica a las compañías que aún pagan las jubilaciones a sus pensionados y se las quieren pasar al ISS. El Seguro hace un cálculo sobre lo que le costaría pagarles a esos jubilados y la empresa se lo paga en efectivo y queda sin carga pensional.

Esos pagos se calculan anualmente y deben realizarse en cuotas mensuales durante los 10 primeros días de cada mes.

Finalmente, la Ley 860 dispone sobre el régimen de transición previsto en el artículo 36 de la Ley 100 de 1993, para las mujeres que al 1° de abril de 1994 tuvieran 35 años, los hombres 40 años o 15 años de cotización.

La nueva Ley dice que hasta el 31 de diciembre del año 2007 se reconocerán los requisitos de pensión a ese grupo de personas.

Pero a partir del 1° de enero del año 2008 se les reconocerá la jubilación con base los requisitos del régimen o sistema al cual estén afiliados.

La Ley aclara que se respetarán y garantizarán integralmente los derechos adquiridos a los ya pensionados y a quienes hayan cumplido los requisitos exigidos por la ley, pero aún no se les ha reconocido.

5.4 MARCO TEÓRICO

Cuando se habla de suspensión de tratamientos destinados a prolongar la vida, debe tenerse en cuenta que la supresión de un tratamiento en estas condiciones no conlleva ningún desprecio directo de la vida, aunque si da vía libre a la llegada de la muerte, esto es un efecto indirecto del actuar honesto. Respecto a lo anterior vale la pena recordar los enunciados pertinentes consignados en la ley Colombiana de Ética Médica (1981)[4]:

Artículo 1. 'La Medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual'.

Artículo 2. 'El médico deberá conocer y jurar cumplir con lealtad y honor el siguiente juramento Médico...Velar con sumo interés y respeto por la vida humana... y, aún bajo amenaza, no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas'.

Artículo 16. 'La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediato o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá mas allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados'.

Una vez más, cuando el paciente moribundo manifieste que quiere morir, no se está refiriendo necesariamente a que desea que se le practique la eutanasia. Simbólicamente puede estar expresando cosas muy diferentes, por lo cual es de vital importancia el dilucidar cuidadosamente el significado real de su manifestación. Esto significa oyentes sensibles a su alrededor, oyentes dispuestos a escucharlo una y otra vez y a clarificar en conjunto todo lo concerniente al deseo expresado.

[4] Ley Colombiana de Ética Médica (1981)

Puesto que las condiciones legales varían de un país a otro, se ha obviado a propósito la discusión legal dentro del marco de este escrito, de manera que se permita una libre ideación sobre los principios que mueven a la medicina al frente del paciente terminal desde una perspectiva bioética integral. La legalidad del acto, como lo describe la Constitución Colombiana , se fundamenta en elementos jurídicos de pluralidad de pensamiento que crean o levantan un criterio de castigo al acto eutanásico con base en la Constitución, pero que no tocan el cuestionamiento de conciencia que nos atañe como profesionales de una ciencia inexacta como la medicina, cuya dirección sólo puede estar definida por una nueva cultura en la cual el conocimiento científico y la bioética jueguen un balance equilibrado.

El imperativo a tener piedad con el moribundo al final de su jornada es diferente a ocasionarle la muerte por piedad: es asistirlo en su morir y en su muerte y no ocasionarle una muerte asistida. Es procurarle la posibilidad de Morir con Dignidad, con su sufrimiento aliviado y en el máximo ejercicio posible de sus potencialidades. Es aquí donde la Medicina paliativa tiene su rol fundamental ante las soluciones propuestas por los Movimientos proeutanasistas. El significado real de lo que es ser médico nunca es tan claro sino hasta que se está ante el deber de confortar y aliviar sin la esperanza de curar.

Bioética y muerte

La expresión 'Bioética' que proviene de raíces griegas (Bios: vida, Éthos: ética), ha sido concebida como una disciplina que pretende lograr una adecuada composición de las realidades de la conducta humana: Vida y Éticas. Ha sido definida como El estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y el cuidado de la salud, en cuanto a que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y de los principios morales.

Forma parte de la ética, pero por su carácter interdisciplinario se vale de elementos que son provistos por las ciencias de la salud, así como las «ciencias de la vida» como la biología, la antropología, la sociología y otras. Los extraordinarios avances de la ciencia en materia de transplantes, inseminación artificial, duplicación genética, contracepción, y para el caso nuestro, en la reanimación y la asistencia al paciente crítico o terminal plantean una problemática diferente: Todo lo que se puede médicamente hacer, debe éticamente hacerse?

La muerte, entendida no sólo como la cesación de las funciones biológicas, sino también como la «Falta de Vida» concebida ésta como la capacidad del ser humano de conocer sea sí mismo, al mundo que le rodea y tener interrelación con él, es un elemento natural que ha sido alterado por el curso del conocimiento humano desde el punto de vista tecnológico. Así pues, en la intervención médica frente a la muerte debe interrogarse si existe un límite, cuál es él, y finalmente, en cada instancia quién lo debe fijar? La relación entre ciencia y conciencia debe revaluar completamente el criterio de la intervención eutanásica en cualquiera de sus formas. La Eutanasia se ha introducido en las discusiones actuales como un medio para dirimir una disyuntiva entre prolongar la vida y el morir dignamente. A este punto es útil reproducir el concepto de la Dra. Mahal DaCosta, Master en Bioética de la Universidad Complutense de Madrid y consultora del programa regional OPSIOMS de Bioética para la América Latina y el Caribe.

> '...Pensamos que no debe darse, finalmente, esta disyuntiva. Ambas situaciones apuntan a dos aspectos médicos: el afán desmesurado por prolongar la vida más allá de todo límite natural, y el criterio absoluto de la libertad humana que elige querer morir como única vía de escape a sus padecimientos, a pesar de todo. Ambas posiciones pueden perfectamente conciliarse. Hay que saber descifrar lo que el paciente terminal realmente quiere.
>
> Más que apurar la muerte lo que desea es eliminar el padecimiento. En este caso, la medicina o el médico pueden ayudarlo sin que sea necesario el forzar la utilización excesiva o innecesaria de los procedimientos terapéuticos...'[5]

Perspectivas sobre la muerte en la medicina paliativa

El Cuidado Paliativo reconoce la muerte como un hecho natural, sin posponer su llegada y sin acelerarla. Pero al reconocer dicho principio, el Cuidado Paliativo no se centra en la muerte: centra su atención en la calidad de vida de los últimos días de los pacientes terminales.

[5] Da Costa M. Reflexiones acerca de la Bioética. en: Escobar J (de): Bioética: la calidad de vida en el Siglo XXI. Colección Vida y Ethos, No.1. Escuela Colombiana de Medicina. Santafé de Bogotá, Colombia. 1995.

Los avances científico-tecnológicos que han permitido a la ciencia médica el brindar grandes beneficios a la humanidad en otras situaciones, encuentran aquí un difícil campo de aplicación al permitir la manipulación de la muerte. Estos avances, que para muchos seres humanos han significado un aumento en su esperanza de vida y una mejoría en sus estándares de salud, lamentablemente no han significado lo mismo en el caso del paciente terminalmente enfermo, y su mala aplicación representa una condena a vivir un desmedro de su condición humana.

La muerte dentro del contexto cultural

Cuando se sabía que alguien iba a morir, el falleciente era rodeado por sus seres queridos y amigos más cercanos y se daban las condiciones para arreglar los asuntos pendientes y decir adiós. Una vez ocurrido el deceso, las costumbres locales marcaban el modo como los dolientes debían vivir el proceso de aceptación de la ausencia de su ser querido y la sociedad actuaba acorde con ello. No se consideraba a la muerte como una derrota, era un evento natural que a todos les llegaría tarde o temprano. En muchas culturas se considera aun que la muerte es simplemente una partida a otros mundos. El contexto de esta partida era un contexto familiar, cultural, espiritual, filosófico... un contexto humano. Era una muerte digna, era un buen morir.

Hoy por hoy, la cultura de la sociedad ha cambiado su sistema de valores para centrarlo en lo material. Las riquezas materiales, la belleza física, la juventud interminable, son las quimeras del siglo actual y en ellas, la inexistencia de la muerte toma expresión como lugar común de la necedad humana de vivir un tiempo nunca acabable.

La sociedad del siglo XX y su institución médica (y por esto debe entenderse: personas, ideas, estructuras socio-sanitarias, que tienen que ver con la manipulación del proceso salud-enfermedad) se han encargado de 'Medicalizar' la muerte. El morir es algo que se sucede en los hospitales, considerados aquí como instituciones frías e impersonales, donde es realmente muy difícil morir con dignidad. Aunque los profesionales de salud no lo vean tan claramente, los pacientes van a 'morir' allí. Lo que los pacientes no saben, es que van a hacerlo en un sitio donde no hay tiempo ni lugar para la satisfacción de sus necesidades. Como los profesionales de la salud y especialmente los médicos son instituciones comprometidas con la curación y prolongación de la vida- suelen ver en la muerte una amenaza al rol de médicos.

El reconocimiento del abandono que rodea al paciente terminal nació a partir del aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas e incurables, malignas o degenerativas en una población con una esperanza de vida mayor, como resultado de una mejora en las condiciones sanitarias de muchas comunidades y de las conquistas sobre la enfermedad crítica, permitidas por los avances de la biotecnología. Al lado de este reconocimiento, los descubrimientos y avances de la tanatología y la farmacología clínica fueron los factores precipitantes de la asistencia moderna al paciente moribundo.

- Principio de la Autonomía

La norma fundamental es el deseo del paciente, cuando este es competente para la toma de decisiones en los asuntos concernientes a él. Este principio es aplicable tanto cuando el paciente desea que se le continúe o se inicie la administración de un tratamiento como cuando desea que se le interrumpa o que no se inicie uno nuevo.

- Principio de Proporción

Toda acción médica tiene sus riesgos o efectos no deseados inherentes a ella. Cuando estos rebasan el beneficio que ofrecen, cuando se convierten en fuente de mayor sufrimiento y cuando la esperanza de curar o aliviar la enfermedad han desaparecido, no es ético el intentar prolongar la vida del paciente.

En casos donde la administración de fármacos para el control de síntomas ocasione efectos secundarios que agraven el deterioro del paciente (por ejemplo la administración de narcóticos para disminuir la disnea en pacientes con dificultad respiratoria), es lícito el realizarla intervención médica. Cualquier tipo de intervención médica tiene riesgos inherentes, y el médico no puede pensar que actúa con la intención de causar la muerte del paciente, ya que su objetivo primordial es el alivio del sufrimiento físico. El médico ha elegido el tratamiento más apropiado para la condición de su paciente y las posiciones defensivas ante el riesgo de un problema legal no pueden prevenirlo de cumplir su misión primordial: la de aliviar.

En caso de enfermedad terminal, el suspender un tratamiento no es éticamente diferente del hecho de no iniciar su aplicación, y menos aún cuando ello no va a cambiar el curso de la enfermedad o la condición del paciente, pero sí va a prolongar su agonía. Cuando se tomen decisiones de retirar o no aplicar tratamientos de sostén de funciones vitales, es menester el incrementar el apoyo a

la familia y estrechar los vínculos establecidos tanto con ella, como con el equipo terapéutico.

- Principio de Relatividad

A pesar de considerar que la vida es sagrada, que su respeto es incuestionable e inviolable y que el principio cardinal de todo accionar médico es el respeto por la vida, hay momentos en que el sostener la vida no produce tanto bien como se cree, mas cuando ello va a la par de un deterioro de la calidad de vida del hombre y de su dignidad.

Es aquí cuando la práctica médica, tradicionalmente antitanásica en lo que se trata de salvar la vida y prolongarla cuando hay una razonable esperanza de mejoría, vuelve a encontrar su límite y debe enfocarse hacia el alivio del dolor y el sufrimiento y, en ocasiones, darle a la muerte una oportunidad para que sea ella quien libere al paciente de la carga de sufrimiento e indignidad que soporta. El deber del médico de prolongar la vida concierne a una vida humana con calidad

5.5. MARCO POBLACIONAL

Sin referencia, porque se trata de una investigación netamente teórica.

5.6 MARCO GEOGRÁFICO

Comprende la totalidad del territorio colombiano, puesto que cualquier persona del territorio nacional esta propenso a contraer una enfermedad de carácter terminal, además el proyecto investigativo cobija tanto a personas afiliadas al régimen subsidiario como a las personas asistidas por las empresas de salud del Estado.

6. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Obtención, procesamiento y análisis de la investigación:

Originaria y fundamentalmente, se obtendrá de los textos de derecho procesal civil y administrativo, que contienen en el tiempo , las normas que tratan del tema, las diferentes posiciones doctrinarias y jurisprudenciales, al igual que la redacción de las normas que pretenden solucionar los problemas jurídicos y sociales que van de la mano con el procedimiento vigente, en materia de la responsabilidad en el tratamiento de las enfermedades terminales por parte de las empresas prestadoras de salud y su aplicación en Pereira.

Fuentes primarias:

Entrevistas con funcionarios de las EPS, IPS y pacientes o parientes que padecen enfermedades terminales.

Análisis de datos estadísticos por incumplimiento en los tratamientos para enfermos terminales.

Fuentes secundarias:

Angelí M (1 982): Euthanasia. New England Journal of Medicine. Vol. 3 19: pp. 1348-1350.

• Beca JR Kottow, M. (1996): Orientaciones para Comités de Ética Hospitalaria. Serie Documentos. Programa regional de Bioética OPSIOMS.

• Bejarano P, Fonnegra 1 (1992): Morir con Dignidad: Fundamentos del Cuidado Paliativo Amazonas Editores. Santafé de Bogotá.

6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación a implementar es de tipo cualitativo y está inscrita en el enfoque empírico analítico.

6.2 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación a implementar es de tipo descriptivo, con énfasis en investigación socio-jurídica.

7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tiempo / Actividad	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5
TÍTULO	→				
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	→				
JUSTIFICACIÓN	→				
OBJETIVOS	→	→			
MEDIOS DE REFERENCIA	→	→	→		
DISEÑO METODOLÓGICO	→	→	→		
ANÁLISIS	→	→	→		
CONCLUSIONES		→	→		
BIBLIOGRAFÍA	→	→	→	→	→

8. PRESUPUESTO DE COSTOS Y FINANCIACIÓN

CONCEPTO Y DETALLE	COSTO	FINANCIACIÓN
Libros de consulta	$ 100.000,oo	Recursos Propios.
Fotocopias	$ 50.000,oo	Recursos Propios.
Digitación. Normas Icontec.	$ 300.000,oo	Recursos Propios.
Encuadernación del trabajo	$ 60.000,oo	Recursos Propios.
Digitación, impresión y argollado, presentación final.	$ 300.000,oo	Recursos Propios
VALOR TOTAL	$810.000, oo	Recursos Propios

BIBLIOGRAFÍA

Angelí, M (1 982): Euthanasia. New England Journal of Medicine. Vol. 3 19: pp. 1348-1350.

Beca, JR., Kottow, M. (1996): Orientaciones para Comités de Ética Hospitalaria. Serie Documentos. Programa regional de Bioética OPSIOMS.

Bejarano, P., Fonnegra 1 (1992): Morir con Dignidad: Fundamentos del Cuidado Paliativo Amazonas Editores. Santafé de Bogotá.

Breithart, W. (1982): Suicide in Cáncer Patients. Oncologyl: 49-54.

Breitbart, W. (1990): Cáncer Pain and Suicide. En: Foley K. et al (eds): Advances in Pain Research and Therapy Vol. 16. pp. 399-412.

Carstensen, E (1986): Home care: Who cares? New England Journal of Medicine, Vol. 315:1032.

Constitución Política Colombiana. (1991). Artículos 13, 16 y 28.

Corte Constitucional de Colombia. (1997). Sentencia C-2391 97. Mayo 20.

Cuyas, M. (1987): El encarnizamiento terapéutico y la Eutanasia. Dolentium, Hontini. La Iglesia en el mundo No.6: pp30-41.

Da Costa, M. (1995). El final de la vida: Eutanasia, Distanasía y Muerte Asistida. En Escobar J (de): Bioética: la calidad de vida en el siglo XXI. Colección Vida y Ethos, No. 1. Escuela Colombiana de Medicina. Santafé de Bogotá, Colombia.

Da Costa M (1995): Reflexiones acerca de la Bioética. En: Escobar J (de): Bioética: la calidad de vida en el Siglo XXI. Colección Vida y Ethos, No.1. Escuela Colombiana de Medicina. Santafé de Bogotá, Colombia.

Fundación Pro-Derecho a Morir Dignamente (1991). (Plegable). Santafé de Bogotá.

Gibbs N, (1 990): Love and Let Die. Time, Marzo 19. pp. 3 2-3 S.

Guzmán F. (1997). Eutanasia: Algunas reflexiones Éticas, Jurídicas y Filosóficas (en prensa).

Humphry, D. (1991). The Final Exit. The Hen-dock Society Eugene, Oregon.

Humphry, D., Wickett, A, (1989): El derecho a morir: comprender la Eutanasia. Tusquets Editores, Barcelona.

Instituto of Medical Ethics tiffí. Working party on Ethics of prolonging life and assisting death (1990): Lancet, Vol. 366: 610-613

Mauksch. (1975). The organization context of Dying. En: Kubler- Ross (ed) Death: The Final Sta-ge of Growth. Engeiwood Cliffs. Prentice -Hall.

Neison, W., Bernat, J. (1989): Decisions to withold or termínate treatment. Neurologic Clinics. Vol. 7: 759-774.

Roldan, l. (1991): Los derechos del enfermo. Selari. Santafé de Bogotá.

Sánchez-Torres, F. (1988): Sobre la Medicina y los Médicos. Empresa Editorial de la Universidad Nacional de Colombia. Santafé de Bogotá.

Saunders, C. (1984): The management of Terminal Malignant Disease. E Arnold (pub). London.

Saunders, C. (1990). Requests for Euthanasia. En: Saunders C (Ed): Hospice and Palliative care pp. 102-10/. Edward Arnold (Pub). London

Stoll, B. (1987). Knowing when not to treat. En: Bates Th. (de): Contemporary Palliation of Difficult Symptoms. Bailliere's Clinical Oncology, Vol. l.Pp443 -456.

Twycross, R (1990). Assisted Death: A Repiy. Lancet Vol. 336: 796-798.

Villamizar, E. (1992). Sufrimiento o calidad de vida: los derechos del enfermo terminal. Capítulo 4 en: Bejarano R Fonnegra 1: Morir con Dignidad. Amazonas Editores. Santafé de Bogotá.

Wanzers Federman, D., Adeistein, S, et al (1990). The physician's responsibility toward hopelessiy all patients: A Second Look. New England Journal of Medicine Vol. 320:844-849.

Word Health Organization (1990). Cáncer Pain Reliefand Palliative Care. Report ofaVMO expert committee. Technical report series 804. Geneva.

ANEXOS

ANEXO A

Ética del cuidado paliativo

El ejercicio del cuidado paliativo no es fácil. Implica un proceso de una continua toma de decisiones donde debe hacerse un manejo ético de cada situación encontrada, de cada decisión a tomar, bajo un concepto de conocimiento o relación con el paciente que no es habitual en nuestra medicina 'modernizada', en la cual la presión por el número de pacientes atendidos es excesiva.

Los principios que rigen la actuación ética en el manejo del paciente terminal no difieren de los principios rectores de cualquier otro acto médico. Ante todo prima el Respeto por la Vidal 12-13-14-15. Este principio se desglosa en dos directrices: la primera es que toda acción debe estar encaminada a hacer el bien, a actuar en beneficio del ser humano y de sus intereses, en el contexto de su situación de vida. La segunda es que no se debe producir daño y, cuando éste se presente, debe hacerse todo intento por minimizarlo. En el contexto del paciente terminal, este principio hace referencia a obtener alivio del dolor y del sufrimiento, a no sufrir innecesariamente. Desde el punto de vista de quienes cuidan del paciente, hace referencia a su deber de proveer un alivio eficaz a los diferentes componentes del sufrimiento del paciente, a su deber de comprometerse con el mejoramiento de su calidad de vida y a no intentar el prolongar innecesariamente el tiempo de vida, cuando ello no va de la mano de una calidad de vida adecuada y acorde con la dignidad inherente a la condición humana.

Un segundo principio cardinal es respetar siempre la autonomía del paciente terminalmente enfermo: su capacidad de autodeterminación y de mantener el control sobre todos sus asuntos 15. Para ello es menester tener en cuenta que se habla aquí de un paciente competente para tomar sus propias decisiones. Ello no solamente se refiere al estado de lucidez mental sino también a la ausencia de factores externos y modificables, que pudieran estar interfiriendo con su capacidad de hacer juicios correctos y tomar decisiones en beneficio de si mismo, como un sufrimiento orgánico o psicológico no aliviado.

Cuando el paciente presente un transtorno que obnubile su estado de conciencia o cualquier otra situación que altere su capacidad de tomar decisiones, se pueden presentar cuatro tipos de situaciones diferentes:

- Seguir los deseos previamente manifestados por el paciente de manera expresa, como puede ser el uso de documentos del tipo 'ésta es mi voluntad' 16. Por este medio, el paciente en plena competencia para tomar libre y responsablemente decisiones concernientes a la conveniencia o no de emplear medidas extremas en caso de enfermedad grave o terminal y ante la eventualidad de no estar en un futuro con esa competencia, expresa previamente su determinación y libera de esta manera a sus familiares y médicos de la responsabilidad decisoria que puedan tener.

- La toma de cita decisión informada y por consenso entre el equipo médico y la familia.

- En la situación en que el paciente tiene un representante legal o acudiente con precisas instrucciones, traducidas en un documento escrito, siendo en este caso esa persona a quien le corresponda señalar el camino a seguir.

- Cuando el paciente no ha expresado previamente su deseo, no tiene familia o ella está en conflicto frente al paso a dar, o no hay representante legal; en este caso, es deber del cuerpo médico el tomar las decisiones siempre en beneficio de los intereses del paciente.

En todas y cada una las anteriores circunstancias deben sopesarse claramente los riesgos y beneficios de cada conducta con relación no solo a la sobre vida del paciente sino con relación, principalmente, a la calidad de la misma (Nelson y Barnat, 1989).

Otra situación muy diferente se plantea cuando el paciente, dominado temporalmente por sentimientos de desesperanza, culpa o depresión rechaza medidas probadas como útiles y deseables de aplicar en su situación particular una cuidadosa evaluación de su sufrimiento y una respuesta efectiva ante estas situaciones, frecuentemente cambian el modo de pensar del paciente y el curso futuro de sus días restantes.

Un elemento importante de tener en cuenta al tratar de intentar medidas heroicas o tratamientos con resultados inciertos en la fase terminal de la enfermedad de un paciente, hace relación a la justicia en el uso de los recursos. Se ha calculado que el consumo de recursos terapéuticos en los pacientes con cáncer es más intenso durante los dos últimos meses de vida 18. La presión por parte de los familiares 'por hacer algo' para 'salvar' a su ser querido, la presión por parte del paciente mismo, cuando éste no sabe nada de su condición porque no se le ha permitido el acceso a esa información y cree firme y honestamente que se va a salvar, un ingenuo optimismo por parte de familiares y paciente sobre la posibilidad de un milagro cuando la enfermedad avanza y contradice de hecho estas falsas esperanzas, o el deseo de mantener una posición profesional agresiva en contra del avance de la enfermedad y el acercamiento de la muerte para demostrar que se está haciendo 'todo lo posible', son las causas más frecuentes del alto costo de la atención de muchos pacientes en fase terminal. Esta conducta implica un alto costo, no sólo para las instituciones de salud sino para los presupuestos familiares, con un pobre resultado costo/beneficio. Aquí hay que recordar que la Medicina Paliativa reconoce al paciente como parte de una unidad con su familia, y los principios de no maleficencia aplican también en estas decisiones.

La Organización Mundial de la Salud esgrime el que en muchos países los recursos disponibles para los servicios oncológicos serían mejor utilizados si una considerable proporción de ellos fueran recanalizados hacia el desarrollo de programas de prevención, diagnóstico precoz y cuidado paliativo. El costo total de un paciente cuidado en casa por sus seres queridos, sin un soporte efectivo desde el punto de vista práctico (medicamentos, insumes de curación, servicios profesionales de cuidado domiciliario, por ejemplo) es también alto: no es sólo el desgaste físico y emocional subyacente a la situación que enfrentan tanto el enfermo terminal como su familia, sino también el costo social por los días laborales no recompensados o los empleos perdidos.

La toma de decisiones en cuidado paliativo: hacia una calidad de vida y calidad de muerte.

Frecuentemente el enfermo en fase terminal es objeto de una irracional voluntad por parte de sus médicos de prolongar a cualquier costo la vida de quien no tiene ya ninguna esperanza de curación 19. Esta desmesura terapéutica que busca su razón en el hecho de los posibles beneficios en términos de cantidad de vida, en la práctica tiene consecuencias desastrosas para la calidad de vida del enfermo 20. Es aquí donde la medicina deja de cumplir su propósito de prolongar la vida, por una acción encaminada más bien a prolongar la agonía y retardar la llegada de una muerte bienhechora. Es en este punto donde, así como el médico que en otras oportunidades ha ayudado al paciente a vivir su vida de la mejor manera

posible, debe ayudar también a su paciente a morir del modo mas humanamente posible 21 . Estos razonamientos no excluyen el derecho autónomo del paciente a solicitar medidas extraordinarias, cuando así lo desee. El hecho de que estas medidas no se apliquen, no significan de ningún modo que se esté obrando activa u omisivamente para causar la muerte del paciente 15. El hecho de aplicarlas cuando no hay lugar para ello implica actuar distanásticamente, es decir, promoviendo un mal modo de morir, o lo que puede ser peor, una forma enmascarada de suicidio asistido. Tal puede ser el caso de aquellos pacientes que quieren someterse a cirugías de alto riesgo y poca probabilidad de supervivencia o mejoría, en aras de sentir que se haría 'todo lo que se podía'.

En la experiencia de uno de nuestros centros, es de vital importancia la necesidad de proveer una información adecuada al paciente sobre las posibilidades reales de éxito de la intervención. Tal éxito debe presentarse no sólo en términos de la supervivencia inmediata o a corto plazo de la intervención, sino también en términos del deterioro de la calidad de vida durante la recuperación del procedimiento, y sobretodo en la futilidad del mismo frente al estado avanzado de la enfermedad de base, así como frente a otros factores de riesgo que alterando la expectativa de vida del paciente, hagan injustificable la intervención (por ejemplo una enfermedad cardiovascular severa).

En el proceso de toma de decisiones en el paciente terminal, existen algunos principios bioéticos que orientan al equipo de cuidado paliativo en su accionar. Ellos comprenden desde el análisis de los prospectos biológicos del paciente, basado en el tipo específico de enfermedad, su extensión, la presencia de situaciones preexistentes que agravan la condición clínica del paciente y su estado actual, hasta el esclarecimiento y precisión de los propósitos de cada tratamiento, sus efectos indeseados y los balances para el paciente de las relaciones riesgo/beneficio y costo/beneficio de cada medida terapéutica propuesta. Siempre debe pensarse en la necesidad de no prescribir un retraso o un adelanto en la llegada de la muerte. El proceso de toma de decisiones deberá entonces estar asistido por la continua conciencia de ciertos principios bioéticos.

ANEXO B

MATRIZ DE CONTENIDO

PRIMERA BIBLIOGRAFÍA A CONSULTAR LOS DATOS A ANALIZAR

1. Breitbart, W. (1990). Cáncer Pain and Suicide. En: Foley K. et al (eds): Advances in Pain Research and Therapy Vol. 16. pp. 399-412.

2. Breithart, W. (1982). Suicide in Cáncer Patients. Oncologyl: 49-54.

3. Carstensen, E. (1986). Home care: Who cares? New England Journal of Medicine, Vol. 315:1032.

4. Constitución Política Colombiana (1991). Artículos 13, 16 y 28.

5. Corte Constitucional de Colombia. (1997). Sentencia C-2391 97. Mayo 20.

6. Cuyas, M. (1987): El encarnizamiento terapéutico y la Eutanasia. Dolentium Hon-tini. La Iglesia en el mundo No. 6: pp30-41.

7. Da Costa, M. (1995): El final de la vida: Eutanasia, Distanasia y Muerte Asistida. En Escobar J (de): Bioética: la calidad de vida en el siglo XXI. Colección Vida y Ethos, No. 1. Escuela Colombiana de Medicina. Santafé de Bogotá, Colombia

8. Angelí, M. (1 982). Euthanasia. New England Journal of Medicine. Vol. 3 19: pp. 1348-1350.

9. Beca, JR., Kottow, M. (1996): Orientaciones para Comités de Ética Hospitalaria. Serie Documentos. Programa regional de Bioética OPSIOMS.

10. Bejarano, P, Fonnegra 1 (1992): Morir con Dignidad: Fundamentos del Cuidado Paliativo Amazonas Editores. Santafé de Bogotá.