RELIGACIÓN
REVISTA

Las barreras de acceso a la muerte digna en Colombia vistas desde el modelo ecológico social

Barriers to accessing a death with dignity in Colombia: A social ecological model perspective

Bertha Esperanza Vargas Reyes

Resumen

La comprensión de la muerte sigue siendo un tema complejo y lleno de tabúes, mismos que permean los diferentes niveles sociales presentes en la vida de los seres humanos. Colombia es un país que ha reconocido a la muerte digna como un derecho humano fundamental. El presente artículo busca desde un enfoque cualitativo, describir los elementos que se entretejen en cada nivel del modelo ecológico social y la influencia que esto podría tener en la efectividad o limitación del derecho a morir dignamente. Entre los resultados encontrados se destaca que los elementos presentes en el macrosistema con respecto a la perspectiva religiosa y conservadora sobre la muerte impactan negativamente en los otros niveles al ser una barrera que limita este derecho. Como conclusión, la principal barrera se encuentra en los mecanismos de muerte médicamente asistida, derivado principalmente de las concepciones socioculturales alrededor de la muerte.

Palabras clave: Muerte digna; modelo ecológico social; muerte médicamente asistida; eutanasia; Colombia.

Bertha Esperanza Vargas Reyes
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez | Ciudad Juárez | México | bertha.vargas@uacj.mx
http://orcid.org/ 0009-0002-3105-4477

http://doi.org/10.46652/rgn.v10i47.1497
ISSN 2477-9083
Vol. 10 No. 47 octubre-diciembre, 2025, e2501497
Quito, Ecuador

Enviado: abril 01, 2025
Aceptado: agosto 15, 2025
Publicado: agosto 26, 2025
Publicación Continua

CC BY NC ND

RELIGACIÓN CICSHAL
Centro de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanidades desde América Latina

Abstract

The conceptualization of death remains a complex and deeply taboo subject, shaped by cultural, social, and institutional forces that operate across multiple levels of society. In Colombia, the right to die with dignity has been formally recognized as a fundamental human right. Nevertheless, the realization of this right continues to face considerable challenges, particularly regarding accessibility and societal acceptance. This study, grounded in a qualitative framework, aims to explore and describe the interrelated factors within levels of the ecological model that either facilitate or hinder the effective exercise of the right to die with dignity. The analysis revealed that macrosystemic influences, especially those rooted in conservative and religious worldviews, play a significant role in the interpretation of this right. These ideological positions not only shape public discourse and policy but also reinforce restrictive attitudes at lower levels of the ecological system, thereby limiting access to legally established end-of-life care mechanisms.

Keywords: Death with dignity; social ecological model; medical assistance in dying; euthanasia; Colombia.

Introducción

Hasta ahora son pocos los países que han tomado medidas que brinden un abordaje más puntual e integral a la muerte de las personas. Hay muchas perspectivas que van desde la muerte natural, la necesidad de atención paliativa, hasta la muerte médicamente asistida con todos sus bemoles éticos y políticos. Aun así, por ejemplo, se ha ido imponiendo la idea de la despenalización de algunas de las decisiones de morir y de lo que esto conlleva para quienes sienten que ya ha llegado la hora de su partida. Incluso, algunas de estas medidas ya avanzadas en el debate público, en la agenda legislativa, y en las discusiones éticas entre expertos y otros decisores en materia de política pública se encuentra presente en países como Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Oregón y Washington (Ríos, 2016).

Si bien en algunos casos se encuentra de manera legal uno u otro mecanismo, bajo condiciones diferentes en cada país donde alguno de los elementos de la muerte digna son una posibilidad (como se puede observar en la tabla 1), en Colombia esta ha sido reconocida por vía judicial como un derecho humano fundamental que integra cuatro mecanismos para su realización. Desde 1993 y hasta 2023 respecto de este derecho, existe una ley de cuidados paliativos, más de quince sentencias por parte de la Corte Constitucional, cuatro resoluciones y siete proyectos de ley discutidos en al menos diecinueve ocasiones que han ido regulando el derecho a la muerte digna aun cuando este no se encuentra legislado (Correa y Jaramillo, 2024).

Tabla 1. La muerte digna en el mundo

País/Estado	Elemento	Año
Suiza	Asistencia al suicidio cuando una persona presenta un sufrimiento extremo	1942
	Despenalización del suicidio médicamente asistido	2006
Holanda	Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, donde se despenalizó y reguló la eutanasia	2001
Bélgica	Despenalización del suicidio medicamente asistido	2002
	Despenalización de la eutanasia	

País/Estado	Elemento	Año
Francia	La ley Léonetti introdujo el concepto del derecho "dejar morir", donde se plantea una adecuación del esfuerzo terapéutico	2005
Luxemburgo	Despenalización del suicidio medicamente asistido Eutanasia	2009
Alemania	Despenalización del suicidio médicamente asistido	2019
Italia	Despenalización del suicidio médicamente asistido	2019
España	Despenalización de la eutanasia	2021
Nueva Zelanda	Despenalización del suicidio médicamente asistido	2021
Australia: Estados de Victoria Western Australia	Despenalización del suicidio médicamente asistido y eutanasia, ya que no hacen distinción alguna entre ellos, denominándolo Muerte Asistida Voluntaria	2017 2019
Estados Unidos: Oregón Washington Montana Vermont California Colorado District of Columbia Hawaii Maine New Jersey Nuevo México	Despenalización del suicidio médicamente asistido	1997 2009 2009 2013 2015 2016 2017 2019 2019 2019 2021
Canadá	Despenalización del suicidio médicamente asistido	2016
Puerto Rico	Adecuación del esfuerzo terapéutico	2021
Argentina	Adecuación del esfuerzo terapéutico	2012
Brasil	Adecuación del esfuerzo terapéutico	2012
México	Cambios legales para rechazar los tratamientos Ley de Voluntad Anticipada solo en catorce estados Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos (el reglamento no ha sido aprobado)	Década de los 80 2008
Colombia	Despenalización de la eutanasia Ley de cuidados paliativos Regulación de la adecuación del esfuerzo terapéutico Despenalización del suicidio médicamente asistido Muerte digna reconocida como un derecho humano fundamental	1997 2014 2017 2022

Fuente: elaboración propia a partir de Ríos (2016); Peña (2020); Martínez-León et al. (2022) y Sánchez (2023).

La muerte digna ha sido abordada en Colombia principalmente desde la perspectiva jurídica, derivando de un amplio activismo judicial. Este artículo busca aportar a los estudios sobre la muerte digna desde una óptica más sociológica a través del modelo ecológico social, el cual a su vez no ha sido empleado para estudiar este tema en dicho país.

DescLAB es una firma de litigio estratégico en Colombia que ha trabajado la muerte digna como uno de sus principales temas. Al respecto, esta firma se ha encargado de monitorear las cifras de solicitudes de eutanasia del Ministerio de Salud y Protección Social y de ser necesario, de dar el seguimiento legal cuando no se obtiene respuesta de las solicitudes. Según el último informe de DescLAB sobre el número de eutanasias realizada desde su reglamentación en 2015, hasta 2023 habían sido llevadas a cabo 692 procedimientos, siendo 2023 el año con la mayor cifra con un total de 271 (Correa y Jaramillo, 2024).

Tras la resolución 971 de 2021 derivada de la Sentencia T-423 de 2017, se creó el Sistema de Reporte de Solicitudes de Eutanasia, el cual tiene la función de recabar los datos de solicitudes de este procedimiento y posteriormente reportarlos. Previo a ello, no hay información con respecto del número de solicitudes. Del primero de octubre de 2021 al 31 de diciembre del 2023, se tuvieron 1322 solicitudes para acceder a la eutanasia. DescLAB puntualizó que las solicitudes del año 2023 de eutanasia fueron en promedio 69 por mes, lo que implicó que, por cada 10 para que sea homogeneo con lo demás solicitudes, únicamente se llevaron a cabo en promedio 3.3 procedimientos (Correa, 2024).

Sin embargo, pese a la existencia de esta posibilidad y su reconocimiento como parte de un derecho, aún persisten tabúes y barreras en diferentes niveles que no permiten su adecuada efectividad a un porcentaje de las personas que solicitan algunos de sus mecanismos como la eutanasia y el suicidio medicamente asistido. Esto conlleva a cuestionar cuáles son los elementos que generan dichas barreras de acceso en los diferentes niveles sociales. Para buscar responder a ello, el objeto de estudio del presente artículo es la muerte digna dentro del modelo ecológico social propuesto por Urie Bronfenbrenner. Por tanto, el objetivo es describir los elementos principales dentro de cada nivel del modelo ecológico y cómo estos se entretejen e influyen en generar barreras de acceso al derecho a morir dignamente.

La importancia de este estudio se encuentra en comprender por qué los diferentes niveles de un sistema social tienen implicaciones en un derecho que hace parte de una decisión individual. Por otro lado, también entender hasta qué punto las concepciones socioculturales, las diferentes políticas o regulaciones, la manera en que nos relacionamos con otras personas y las propias percepciones tienen una influencia en el derecho a morir dignamente.

Desarrollo teórico-metodológico

Para responder al objetivo planteado, es menester tener una comprensión clara, por un lado, de cada uno de los elementos que forman parte de la muerte digna, los cuales son: adecuación del

esfuerzo terapéutico; cuidados paliativos; eutanasia y suicidio médicamente asistido, así también como del propio concepto que los acoge. Por el otro lado, también es importante identificar los diferentes niveles que integran el modelo ecológico social, pues es a partir de ello en donde se enmarcan las barreras de acceso a este derecho. Los niveles que integran este modelo son: microsistema; mesosistema; exosistema y macrosistema.

Muerte digna

Es preciso partir de la descomposición de este concepto, ya que se integra de dos palabras. La primera de ellas es la muerte, que desde diferentes disciplinas y enfoques ha tenido diversos significados tanto culturales como filosóficos (Mazzetti, 2017). Sin embargo, para los fines de este artículo se conceptualizará únicamente desde el sentido biológico. Por mucho tiempo la muerte biológica fue determinada a partir del cese de las funciones cardiaca y pulmonar, no obstante, con los avances médicos ha sido posible mantener artificialmente con vida a una persona a pesar de no contar con alguna de dichas funciones. Por ello, ahora la muerte biológica se define a partir del cese irreversible de las funciones cerebrales, es decir, la muerte encefálica (García-Regalado y Escoto-López, 2022).

La segunda palabra es la dignidad, la cual ha sido a lo largo del tiempo un concepto difícil de definir. Álvarez (2021), realiza un recorrido de las diferentes definiciones que se le han atribuido a la dignidad en diferentes épocas, comenzando desde su etimología *axios* en griego, que se define como cosa valiosa y *dignitas* en latín, en donde se interpreta como una cualidad con la que cuentan aquellas personas que tienen el control de la sociedad. Dentro de su recorrido concluye con la perspectiva contemporánea de derechos humanos en donde argumenta que, si bien la dignidad se encuentra presente en las declaraciones, convenciones y pactos de derechos, en ninguno se define. Pese a ello, la dignidad transversaliza a todos los derechos. Como se ha podido ver, actualmente el concepto de dignidad sigue siendo complejo de definir, pero para los fines de este artículo se va a entender como una cualidad o valor que es inherente al ser humano y que le está dado por el simple hecho de ser persona.

Realizada la aproximación a las definiciones tanto de la muerte como de la dignidad por separado, ahora se integrarán para definir un solo concepto: la muerte digna. Se han realizado estudios sobre la muerte digna desde diferentes perspectivas y cabe destacar que definirla tiene vaguedades propias de su conceptualización, ya que en ocasiones suele usarse como sinónimo de eutanasia. Ha habido quienes indican que una muerte digna es vivir la etapa final de la vida con el menor dolor y sufrimiento posible (De la Torre, 2019). Otros, consideran que adicional a ello, es tener la posibilidad de decidir sobre cómo se quiere vivir los últimos días (Martínez, 2018). Finalmente, hay quienes defienden la posibilidad de elegir cuándo terminar con la propia vida, cuando el sufrimiento es alto y las condiciones de la persona ya no tienen ninguna opción de mejora (Gempeler, 2015).

No obstante, el posicionamiento desde la religión como parte de la base cultural no puede ser ignorada con relación al tema de la muerte digna. Desde la tradición judeo-cristiana el morir dignamente implica de manera constitutiva el derecho a la vida, por lo tanto, dentro de su conceptualización no se acepta el suicidio médicamente asistido ni la eutanasia (Cortéz, 2006). Esta postura es compartida tanto por la Iglesia Católica, como por una serie de iglesias protestantes que han ido surgiendo en las últimas décadas.

Desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos Emergentes, el derecho a la muerte digna "asegura a toda persona el derecho a que se respete su voluntad de no prolongar artificialmente su vida, expresada en un testamento vital o documento similar formalizado con las debidas garantías" (Instituto de Derechos Humanos de Catalunya, 2009, p. 55). Para este artículo se tomará la definición propuesta por Correa y Jaramillo (2014), ya que ellos plantean que:

> El derecho a morir dignamente implica que el fin de la vida y la muerte correspondan con los deseos y con la idea de dignidad y autonomía de cada persona. Implica que nadie sea obligado a vivir y morir en condiciones contrarias a su voluntad y a su idea de vida digna. Este derecho incluye también la posibilidad de encontrar la asistencia médica para acceder a una muerte segura, acompañada y protegida en el momento preciso en que se desee. (p. 7)

La muerte digna, es integrada por distintos mecanismos, Colombia reconoce a todos ellos como parte de la posibilidad para hacer efectivo este derecho, los cuales son: adecuación del esfuerzo terapéutico; cuidados paliativos; suicidio medicamente asistido; eutanasia y como herramienta legal, la carta de voluntad anticipada.

La adecuación del esfuerzo terapéutico (AET), en ocasiones es nombrada también limitación del esfuerzo terapéutico, aunque esto tienen una connotación negativa, ya que no es que se limite la terapéutica, sino que se adecúa a las necesidades de la persona con una enfermedad. La AET consiste en que no le sean aplicadas medidas desproporcionadas o fútiles a la persona con un mal pronóstico de salud, respetando en todo momento la su decisión de someterse o no a las diversas opciones de tratamiento o procedimientos médicos (Montenegro y Maldonado, 2021).

Los cuidados paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas que se encuentran cursando una enfermedad, ya sea crónica o terminal, por lo que su aplicación será progresiva y en función de las propias necesidades de él o la paciente y su familia. Aunado a ello, cabe destacar que dichos cuidados no buscan ni curar ni prolongar la vida de las personas, sino controlar el dolor y síntomas tras el abordaje médico, pero también psicosocial e incluso espiritual tanto de la persona como de su familia (Sacristán y Ferrari, 2021).

Un informe de expertos realizado por la Organización Mundial de la Salud (1990), respecto al tratamiento paliativo en personas con cáncer planteó entre sus principales objetivos: que el proceso lleve el curso natural de la muerte, buscando no acelerarla ni tampoco postergarla; aliviar el dolor y síntomas que deterioren la dignidad de las personas; incorporar aspectos tanto psicológicos como espirituales; proporcionar un sistema de apoyo que propicie una vida lo más

funcional y activa posible y brindar apoyo y acompañamiento a los familiares el paciente terminal, mismos elementos que a la fecha siguen vigentes.

Tanto la eutanasia como el suicidio médicamente asistido se encuentran bajo el paraguas de la muerte médicamente asistida (MMA). La MMA consiste en la ayuda brindada por una persona profesional de la medicina para terminar con la vida de un o una paciente en el momento que este lo decida (Buriticá-Arango, 2023). A pesar de que ambos procedimientos coinciden en que dicho profesional de la medicina será quien brinde los medicamentos letales, la diferencia entre uno y otro es quién ejecuta el procedimiento. En la eutanasia, es la o el médico quien administra el medicamento letal para producir la muerte de un tercero, mientras que en el suicidio médicamente asistido, este brinda las medicinas y es la persona quien se las autoadministra para causar su muerte (Correa y Jaramillo, 2014). Cabe precisar que, en ambos casos, la persona deberá cumplir los requisitos establecidos en el ordenamiento jurídico para poder acceder al mecanismo elegido.

Finalmente, la carta de voluntad anticipada es un documento escrito en donde se pauta la decisión libre e informada de una persona capacitada mentalmente para elegir someterse o no a tratamientos; procedimientos médicos; tratamiento del dolor; cuidados paliativos; donación de órganos; reanimación cardiopulmonar o cualquier condición que le mantenga con vida o la prolongue en algún momento determinado cuando naturalmente ya no sería así. Este documento respalda las decisiones en caso de que la persona se encuentre en una situación en la que no sea capaz de decidir (Moreno, 2020).

Modelo ecológico social

Para entender mejor cómo es que funciona la ecología social, es necesario abordar y desglosar cada uno de sus niveles. El modelo ecológico social es propuesto por Urie Bronfenbrenner en 1979, quien parte de las teorías dentro del campo de la psicología para describir cómo el entorno en que interactúa la persona y sus percepciones influye en su conducta humana, es decir, se centra en entender la importancia que tiene el contexto del individuo en su desarrollo humano. La propuesta de este autor fue un modelo integrado por diferentes niveles que se encuentran interconectados (Bronfenbrenner, 1977).

Las estructuras propuestas son cuatro: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. En el primer nivel -el correspondiente al microsistema- se encuentra el sistema más interno y es donde destacan las características sociobiológicas de la persona, tales como edad, nivel socioeconómico, sexo, etc. En este mismo nivel se encuentra el entorno inmediato con en el que el individuo tiene interacciones de manera directa, como la familia, la pareja, la escuela, entre otros (Bronfenbrenner, 1994). Por último, también se destaca la atribución de significados que asigna la persona a los hechos, comportamientos y roles.

Por otro lado, en el mesosistema se van a establecer las interconexiones entre los diferentes contextos en los que la persona interactúa, es decir, la comunidad. En este nivel se dan las

interacciones entre los diferentes microsistemas del individuo y estas pueden ser tan amplias como el número de microsistemas con el que cuente la persona, lo cual tiene un impacto en su desarrollo (Bronfenbrenner y Morris, 2007). En cuanto al exosistema, Bronfenbrenner (1977), establece que este nivel es ajeno a la persona ya que sus interacciones no la incluyen directamente, sin embargo, sí le afectan, pues desde aquí se pueden encontrar los ámbitos sociales que influirán en las interacciones de la persona como las instituciones, políticas públicas y programas. Finalmente, en el macrosistema están presentes las dinámicas socioculturales, las formas de organización social, creencias, costumbres, valores, leyes y aspectos estructurales como la clase social, la religión y la raza, además, se definen patrones que irán permeando en los niveles menores del sistema (Bronfenbrenner y Morris, 2007).

Este modelo ha sido útil para analizar situaciones sociales de diferentes grupos como pacientes oncológicos (Torrico, et al., 2002), aunque principalmente el trabajo en el que se le ha dado uso a este modelo, ha sido con adolescentes en cuestiones como jóvenes con conductas antisociales (Frías-Armenta, et al., 2003); también ha sido empleado para estudiar estructuras psicológicas de las relaciones sociales (Pérez, 2004); personas con discapacidad (Rodríguez, et al., 2007); estudio de la violencia de género en parejas adolescentes (Monreal-Gimeno, et al., 2013); conductas anticonceptivas (Caudillo-Ortega, et al., 2020); consumo de drogas (Scoppetta y Orti, 2021); conductas infractoras en adolescentes (Altamar-Escorcia et al., 2022) y diversos enfoques más, buscando una aproximación de cómo la interacción entre los niveles conforma un sistema que influye en la vida individual y permea en la toma de decisiones en diferentes condiciones, contextos y problemáticas sociales.

Metodología

Para identificar los elementos que se sitúan en cada nivel del modelo ecológico social en el derecho a la muerte digna y comprender cómo estos se van entrelazando, así como su interacción e influencia dentro de los otros niveles -que pueden fungir como barreras al limitar o dificultar la efectividad de dicho derecho-, se partió desde una metodología cualitativa.

Recolección de datos

Los datos utilizados fueron de fuentes primarias. Como método de recolección de datos, se realizó un grupo focal en Guarne, Antioquia, derivado de un evento de firma de voluntades anticipadas llevado a cabo en la Fundación Consciencia Viba el 11 de agosto del 2024. El grupo focal estuvo integrado por personas participantes del evento, es decir, que fueron a firmar su voluntad anticipada. La constitución del grupo focal fue a partir de la invitación directa a las personas, procurando tener la misma proporción de hombres y mujeres y equilibrando los rangos de edad.

Cabe destacar que este trabajo derivó de una investigación más amplia que se realizaba en el momento del levantamiento de los datos, por lo que surgió como un estudio piloto para conocer las perspectivas de las personas entorno a la muerte digna y sus barreras de acceso. Por la limitación del tiempo, se optó por la configuración de un grupo focal, pues el espacio, las condiciones y la disposición de las y los participantes se ajustó para ello. Además, se consideró más enriquecedor tener aportes derivados de los comentarios y percepciones de las personas participantes que lograran detonar en los demás recuerdos de sus propias experiencias, así como los posibles acuerdos o desacuerdos entre sus visiones.

El grupo focal se integró por cuatro participantes, siendo dos hombres, uno de 65 años y el otro de 33, y dos mujeres, una de 60 años y la otra de 35. Para resguardar la identidad de las personas que integraron el grupo focal, se utilizó la palabra "participante" seguida de un número asignado por el orden de participación. El código de participación quedó como se muestra a continuación en la tabla 2.

Tabla 2: Códigos de participantes

Participante	Código de participación
Hombre de 65 años	Participante 1
Mujer de 35 años	Participante 2
Hombre de 33 años	Participante 3
Mujer de 60 años	Participante 4

Fuente: elaboración propia

Se abordaron cuatro principales ejes: percepciones propias sobre la muerte, dificultades en el acceso a los mecanismos de muerte digna, actores en torno al tema y avances en cuanto a las alternativas para los diferentes procedimientos que forman parte del morir dignamente. La duración del grupo focal fue de alrededor de una hora y media con un guion semiestructurado y habiendo firmado previamente un consentimiento informado. La sesión fue grabada con una grabadora de voz.

Técnica de análisis de datos

El análisis de los datos se realizó a través de la técnica de análisis de discurso, en donde se categorizó a partir de los elementos que integran los niveles del modelo ecológico social, como se muestra en la tabla 3. La elección de la técnica de análisis de discurso como idónea para el análisis de los datos, tuvo que ver con que ésta permite que la información derivada pueda ir más allá de un contenido literal y sea analizada a partir de las categorías creadas con una mayor profundidad.

Tabla 3. Categorización

Dimensión	Elementos
Microsistema	Sexo, edad y percepciones sobre la muerte.

Dimensión	Elementos
Mesosistema	Relaciones sociales con su entorno.
Exosistema	Decisiones institucionales y políticas en torno al acceso a la muerte digna.
Macrosistema	Religión y creencias culturales alrededor de la muerte.

Fuente: elaboración propia

Como herramienta de análisis, se utilizó el software MAXQDA, en donde se incorporaron dichas categorías para identificarlas en la transcripción del grupo focal y una vez hecho esto, proceder al análisis de cada dimensión.

Resultados

A partir de los niveles del modelo ecológico social y de los elementos que los conformaron, se hizo una integración de ellos en cada nivel correspondiente, con la finalidad de explicar desde dicha propuesta teórica, las barreras para el acceso a los mecanismos de la muerte digna en Colombia.

Microsistema

El microsistema aborda los elementos individuales de cada persona, así como de su entorno inmediato y cotidiano. Respecto a aspectos biológicos de las personas participantes, como ya se mencionó en la metodología, se contó con dos hombres, de 65 y 33 años y dos mujeres de 60 y 35 años. En este nivel se encontró un discurso coincidente en cuanto a la percepción de la muerte digna, ya que las y los participantes la contemplan como parte del derecho a poder decidir sobre su propia vida y su curso, las condiciones en las que se quiere terminar con ella en caso de contar con una enfermedad incurable o en condiciones incompatibles con su dignidad humana. Se argumentó que la muerte hace parte de la vida y una vida digna también incluye una muerte digna a través de compartir frases en donde se destaca la autonomía de la persona, como "*una muerte digna se refiere a una muerte en la que yo como ser humano y con toda mi integridad puedo tomar mis decisiones*" (Participante 2, 2024).

Además, respecto de cómo surgió su primer acercamiento con el tema de la muerte, se destacó que el ver historias de casos de personas que solicitaban la eutanasia en medios de comunicación, así como haber sido cercano a casos de familiares donde no se tuvo la oportunidad de tomar decisiones previas ya que el proceso de enfermedad fue abrupto y avanzó con rapidez, generó sensibilización al respecto, misma que detonó en cuestionamientos sobre la propia muerte, como el que nos compartió una de las participantes:

Creo que mi principal motivación es haber atravesado recientemente la muerte de una persona cercana y cuestionarme una situación que me hizo cuestionarme sobre mi propia muerte y entonces cómo en la medida en la que yo quiero tener una vida libre y consciente, también quisiera tener una muerte libre y consciente y entonces hay que abrir el espacio para preguntarme qué es lo que quiero para

esa muerte […] todos nos vamos a morir, pero cuando uno se convence o lo entiende de sí, me voy a morir, entonces tenemos la posibilidad de elegir (Participante 2, 2024).

Por otro lado, el escuchar los diferentes posicionamientos tanto religiosos, como sociales y políticos alrededor de la muerte, de igual manera generó cuestionamientos sobre el por qué no se puede elegir sobre la propia vida, tal como expresó uno de los participantes: *yo tengo el derecho a tomar mis decisiones, sobre mi integridad, mi derecho de morir. Es algo que siempre he buscado y que quiero hacer voluntariamente, decidir en qué condiciones quiero morir. Es algo interno mío* (Participante 1, 2024). Finalmente, surgió el tema de la edad, sobre todo en las personas mayores del grupo, quienes destacaron que parte del interés y acercamiento con el tema tiene que ver con su edad. Eso tiene una asociación al asumir que, a mayor edad, más cercanía se tiene con el final de la vida y a que la vejez es la última etapa de ella.

Mesosistema

Este nivel del modelo, indica las conexiones e interacciones que se dan al tejer los microsistemas de las personas, por lo que en él persisten las relaciones familiares, escolares, laborales, sociales, etc. Partiendo de ello, algunos de los elementos encontrados fue que en ocasiones la familia es una barrera a la hora de establecer los límites y las decisiones en torno al tema de la muerte de su ser querido, ya que mientras se está con vida y se dialoga al respecto, sucede que no se quiere ser partícipe de procedimientos como la eutanasia o el suicidio asistido, por lo que la voluntad de la persona queda al aire.

Por otro lado, también se presenta el otro extremo, donde esta red es tan sólida y consciente que comprende y acepta la voluntad pautada por su familiar. En estos casos, se les proporciona una copia de la carta de voluntad anticipada a la persona o las personas dentro del núcleo familiar más cercano, para que estas sean responsables de su cumplimiento. Sin embargo, como se mencionó en uno de los casos, lo que se busca también es no dejar una carga de toma de decisiones y responsabilidades a la familia, tal como externó el participante 1: *mis hijos y esposa me conocen bien y seguramente tomarían decisiones cercanas a lo que yo pienso, pero yo no quiero dejarles esa responsabilidad* (Participante 1, 2024). Y la participante 4 *al mencionar que notaba una cosa, que esa es nuestra última voluntad, pero muchas veces ligamos eso a los deseos de los demás, a la voluntad de los demás o a no darle problemas a los demás. Yo lo dejaré y si lo quieren hacer bien, sino por lo menos quedó constancia de lo que a mí me gusta* (Participante 4, 2024).

Si bien es cierto que los lazos de amistad que se construyen durante la vida fungen una red significativa para la mayoría de las personas, este papel no está legalmente reconocido para la toma de decisiones en casos donde la persona se encuentre incapacitada para decidir, en estados inconscientes o agonizantes, por lo que se dificultaría ejecutar la voluntad del paciente de no existir una carta de voluntad anticipada. De contar con una, es necesario que se presente el documento al personal de salud que atiende el caso, para que este se tome en cuenta respecto de los procedimientos que se realizarán a la persona enferma. Aun que en esta interacción entre

familia, paciente e institucion de salud, se suelen encontrar barreras si una de las partes no está de acuerdo con la decisión.

Un punto que destacar de las personas participantes es que todos pertenecen a la fundación, son personas activas dentro de los eventos y reuniones, por lo que esta funge como un microsistema para cada uno de ellos, mismo que se conecta e interacciona con los demás, tejiendo una red de apoyo colectivo entre los otros miembros también. En este sentido, una de las participantes mencionaba que este aspecto tuvo un gran peso para decidir firmar su carta de voluntad anticipada al decir que "*hago parte de la fundación, entonces esto es parte de mi coherencia*" (Participante 4, 2024).

Exosistema

El exosistema si bien no está relacionado directamente con el individuo, si lo está de manera indirecta, pues todo lo que se desarrolle a este nivel influirá en su desarrollo. El principal elemento que destacar aquí son las políticas sociales, decisiones gubernamentales, sistema de justicia y medios de comunicación. En este sentido, algo común que compartieron las y los participantes fue que, pese a que Colombia es un país que lleva la delantera en el tema de muerte digna -no solo a nivel Latinoamericano sino mundial- también es cierto que aún existen barreras para acceder a dicho derecho. Al respecto también se mencionó que, aunque la eutanasia se despenalizó desde 1997, no tuvo reglas de operación hasta 2014, lo cual limitó el acceso a esta posibilidad. Lo mismo sucede con la reciente despenalización del suicidio medicamente asistido, pues aún no hay reglas de operación, lo cual dificulta el acceso.

En este punto, se coincidió en que el papel de las instituciones gubernamentales ha sido limitado e incluso pobre, ya que, pese a que la muerte digna ha sido reconocida por el poder judicial a través de la Corte Constitucional y la emisión de diversas sentencias, ha sido un tema ausente para el poder legislativo. A pesar de las múltiples sentencias, aún existe mucho desconocimiento dentro de los servidores públicos, el gremio médico y la sociedad en general, por lo que se consideró que a las entidades gubernamentales les ha faltado dar una mayor divulgación al respecto. Uno de los participantes comentó que es necesaria también la exigencia desde la sociedad para que el tema pueda tener una fuerza mayor: *yo digo que para que haya voluntad desde la política el tema debe de ser popular, es decir que deba haber exigencia desde la sociedad para que eso cree una demanda y que los políticos presenten estos temas* (Participante 3, 2024).

En general, los participantes consideraron que los medios de comunicación han tenido presencia aunque esta no ha sido tan significativa, pues si bien es cierto que a través de medios masivos de comunicación como la televisión y el periódico se dieron a conocer casos mediáticos de personas solicitantes de eutanasia, mencionan que pudiera haber otros tipos de medios con una fuente de información más formativa respecto del tema de la muerte, como los podcast y que además, el tipo de información a la que se tiene acceso también varía mucho en función de lo que cada individuo consume.

Otro actor que se destacó fue el papel que han tenido las organizaciones no gubernamentales, ya que estas han sido participes de educar con respecto al tema de la muerte y a su vez, visibilizarla e incluso, llevar a cabo procedimientos que brinden una sensación cercana a ella, como es el caso de la Fundación Consciencia Viba. Además, mencionan que uno de sus principales aportes ha tenido que ver con sacar la muerte a la luz y dejar que este tema no siga escondiéndose, en este sentido, como se comentó, tiene que ver con: *sensibilizar a nivel social, familiar, incluso gubernamental e individual* (Participante 4, 2024).

Macrosistema

En este último nivel, se encuentran todas las cuestiones culturales, los valores e ideologías alrededor de la sociedad en la que se habita, es decir, el contexto sociocultural, el cual permeará los demás niveles. Lo que se resalta en este nivel y que coincide en todas las personas participantes, es que la perspectiva religiosa permea fuertemente, ya que Colombia es un país altamente católico. Aún existen muchas clínicas que declinan las solicitudes de las y los pacientes a procesos eutanásicos por un tema de religiosidad, siendo que las instituciones de salud no pueden ser objetoras de consciencia.

Así mismo, se mencionó que la iglesia ha tenido un papel muy activo, pero en el sentido de bloquear el proceso, ya que se argumenta que la muerte es decisión de Dios y no de la persona, dificultando el ejercicio de este derecho reconocido como fundamental, además como se mencionó, *desgraciadamente están mucho más organizados que personas que están del otro lado defendiendo los derechos. Si han tenido un papel importante a la hora de entorpecer los procesos* (Participante 2, 2024). En este mismo tenor, se destacó que, para ellos, pareciera que la iglesia es la que rige en general el país y que esta óptica de religiosidad coacciona en gran medida las decisiones de las personas, incluso aun cuando se tenga una perspectiva individual más progresista. En el contexto familiar donde existe arraigo con la religión, se evidencia un cuestionamiento a favor de la vida y en contra de la muerte, anulando la autonomía de la persona de decidir sobre el curso de su vida.

Cabe destacar también que, en este punto, hay un grupo más pequeño que pese a que profesan la religión católica, tienen una visión más progresista, que es más abierta respecto a los temas alrededor de la muerte e incluso, ha habido casos mediáticos, como el de Martha Sepúlveda quien fue una mujer que públicamente se declaraba con una fe católica y que, pese a ello, decidió solicitar su derecho a morir dignamente a través de la eutanasia debido al sufrimiento excesivo derivado de su enfermedad. También se abordó el tabú que sigue siendo la muerte, ya que cuando se habla de ella surgen diversas opiniones, la mayoría negativas, como lo mencionaba la participante 4: *la muerte no es popular, incluso produce miedo […] nos la han enseñado como algo malo, lo relacionamos con el dolor, con la enfermedad, con todo catastrófico, creo que ahí siempre hay temor colectivo […] es algo muy cultural y es complicado* (participante 4, 2024).

Discusión

Los resultados encontrados a partir del grupo focal permitieron obtener un panorama general de las barreras de acceso a los mecanismos de muerte digna desde los diferentes niveles. Se observó que el hacer parte de una fundación que promueve el tema de la muerte digna y difunde información al respecto, contribuye a modificar los tabúes que existen alrededor de ella. También se compartió sobre los casos de personas que se mediatizaron y la contribución que eso ha tenido en ir cambiando la percepción en cuanto al acceso a mecanismos como la eutanasia.

Por otro lado, cabe puntualizar que, al ser un derecho reconocido por vía jurisprudencial, el poder legislativo ha fungido como barrera para el reconocimiento de la muerte digna como derecho humano, ya que no se ha legislado pese a que la Corte Constitucional ha exhortado al Congreso en diversas ocasiones. Esto coincide con datos de la última encuesta Colombia Opina realizada por la firma Invamer en 2024, en donde el 74.1% de las personas encuestadas no se siente representada por el Congreso de la República, aunado a que el 58.8% tiene una opinión desfavorable de él. Por otro lado, la Corte Constitucional tiene el 47.2% de opinión favorable.

Otro de los puntos que se destacó y a lo que se le dio un mayor peso, fue a las percepciones y tabúes respecto a la muerte, lo que tiene relación con los aspectos religiosos y conservadores. En ese sentido, dicha percepción fue identificada en el Congreso y Ministerio de Salud, así como en el personal de salud, principalmente entre médicos y médicas. Pese a que se mencionó reiteradamente la postura conservadora y el peso que ha tenido la religión en la percepción de las personas alrededor de la muerte esto contrasta con la encuesta Colombia Opina de 2021, en donde se incluyó una pregunta que exploró la aceptación de la eutanasia en casos de sufrimiento físico o psíquico derivado de una enfermedad, obteniendo el 70.1% de aprobación de las personas que respondieron la encuesta (Correa, 2024).

Una de las limitaciones de este estudio es la muestra. Si bien se generó como un proyecto piloto, la muestra es pequeña, por lo que una de las acciones de seguimiento para continuar trabajando alrededor de las barreras para acceder a la muerte digna, es la realización de un mayor número de grupos focales en diferentes regiones del país o con participantes de diversos lugares para conocer la perspectiva entre quienes se encuentran más alejados de los servicios de salud especializados y quienes no. Otra acción es la diversificación de participantes, entre los que pueden estar personas solicitantes de algún mecanismo de muerte médicamente asistida, familiares, personal de salud y abogados y abogadas. Por último, también se podrían realizar entrevistas semiestructuradas a actores claves involucrados en el avance del derecho a la muerte digna para posteriormente, triangular los datos con lo obtenido en grupos focales. En este sentido, se podrían generar grupos focales donde se involucre a la persona solicitante de algún mecanismo de muerte digna y su entorno (micro y mesosistema) y entrevistas semiestructuradas con actores dentro de la atención ya sea a favor o en contra de la muerte digna (exo y macrosistema).

Por último, cabe destacar que este modelo ha sido de gran utilidad para analizar diferentes temas sociales, pues lo que se ha buscado es brindar una mirada integral y holística de cómo elementos que suceden en diferentes niveles, afectan a la persona y le influyen en su desarrollo. Lo que se buscó con este estudio fue realizar una primera aproximación con el tema de la muerte digna, ya que no ha sido abordado previamente desde este enfoque y por su naturaleza, tal como se expuso, convergen distintas características que van transversalizándose y que fungen como barreras de acceso a una muerte digna.

Conclusión

Para concluir se destaca que las barreras de acceso a este derecho humano están presentes sobre todo bajo el techo de lo que se denomina muerte médicamente asistida, en donde entra tanto el procedimiento de eutanasia como el de suicidio médicamente asistido. No obstante, también existen complicaciones de acceso a cuidados paliativos, ya que esto depende en gran medida el sistema de salud con el que cuente la persona.

Si bien es cierto que la persona puede tener una mayor apertura para abordar estos temas, e incluso estar de acuerdo con procedimientos que han sido muy controversiales -como la eutanasia o el suicidio médicamente asistido- también es cierto que dentro de sus micro y mesosistemas la perspectiva de quienes se rodea puede ser totalmente opuesta, lo que, de cierta manera, dificultará tanto el entendimiento como la aceptación de la voluntad del individuo.

En cuanto a las barreras para el derecho a la muerte digna por cada nivel del modelo ecológico social, en primer lugar, destacó el macrosistema. La concepción cultural que se tiene con respecto a la muerte aunado con la perspectiva religiosa, son dos grandes ejes que transversalizan a los individuos en todos los niveles. Sobre todo, en la idea de que Dios es quien debe de decidir hasta cuando vivir y que la muerte es algo lúgubre, tenebroso, asociado al sufrimiento, mala y demás. Adicional a ello, el que este derecho haya sido reconocido por la Corte Constitucional pero no se encuentre legislado, sigue generando fragmentación de opiniones.

En segundo lugar, se encuentra el exosistema y la falta de claridad en los protocolos de solicitud para alguno de los mecanismos de muerte digna, ya que, pese a que existen pautas para ellos, la información que el personal de salud tiene no es del todo clara. En este mismo tenor, la falta de hospitales especializados que cuenten con la infraestructura adecuada para hacer frente a las solicitudes -sobre todo de muerte médicamente asistida- en diversas regiones, es una de las barreras más notorias en este nivel. Esto conlleva a que las personas deban desplazarse a otros lugares para poder recibir la atención médica pertinente y ejercer sus solicitudes. Finalmente, la objeción de consciencia del personal de salud también es una barrera importante, pues si bien tienen el derecho de tenerla, como institución no pueden ser objetores de consciencia y es algo que continúa sucediendo.

En tercer lugar, está el mesosistema, ya que derivado de las barreras del macrosistema, sigue existiendo una falta de entendimiento entre las instituciones de salud y las rutas para acceder a dicho derecho, incluyendo el desconocimiento que aún persiste por los diferentes actores involucrados en el proceso de decisión. Por último, el nivel que menos barreras genera es el microsistema. No obstante, en este nivel el tipo de barreras identificadas fueron entorno a las redes cercanas a la persona, como su familia y amigos al no aceptar o estigmatizar las decisiones individuales. Todas las barreras que fueron identificadas resultan principalmente de las concepciones que se tejen desde el macrosistema y que atraviesa a todos los niveles del modelo ecológico social.

Por otro lado, condensar las voluntades a través de la herramienta de carta de voluntad anticipada, no siempre resulta sencillo. La principal dificultad se encuentra tanto en el micro como en el mesosistema de la persona, ya que tal como se compartió, en ocasiones los prejuicios sobre el tema no permiten la aceptación de la voluntad que la persona sana o enferma pauta, lo que de inicio ya es una limitante. Por ello, se requiere seguir avanzando en el fortalecimiento de los procesos de difusión social y de educación a la ciudadanía con respecto a lo que implica el derecho a la muerte digna para que se cuente con información certera de cada uno de los mecanismos.

Para ello, se pueden crear campañas de sensibilización e información tanto para la ciudadanía como para el personal de salud; continuar con eventos de firmas de voluntades anticipadas para que las personas sigan conociendo esta herramienta legal; contar con protocolos hospitalarios homogéneos para que las instituciones de salud tengan certeza en cuanto a su actuar en caso de solicitud de algún mecanismo de muerte digna y finalmente, tejer redes de actores que trabajen el tema y que contribuyan a impulsarlo para que se siga avanzando en él no nada más en Colombia, sino en toda Latinoamérica.

Referencias

Altamar-Escorcia, A., Alvarado-Ospina, D., Castillo-Camargo, M., Gómez-Núñez, A., Vega-Gómez, L., Ordóñez-Gómez, R., Ortiz-Triviño, B., Osorio-Rosales, L. y López-Cantero, E. (2022). Propuesta para la compresión, medición e intervención de las conductas infractoras en adolescentes a partir de un modelo ecológico. En N. Ayala-Rodríguez, & E. López-Cantero, (eds.). *Semilleros: Contribuciones investigativas desde la psicología a las realidades sociales en Colombia* (pp. 143-160). Editorial Universidad Católica de Colombia

Álvarez, D. J. A. (2021). ¿Qué es la dignidad humana? En J. A. Álvarez, y S. López, (coord.). *Ensayos sobre ética de la salud. Aspectos clínicos y biomédicos* (pp. 65-90). Casa abierta al tiempo, Universidad Autónoma Metropolitana.

Bronfenbrenner, U. (1977). Lewinian space and ecological substance. *Journal of Social, 33*(4), 199-212.

Bronfenbrenner, U., y Morris, P. A. (2007). The bioecological model of human development. *Handbook of child psychology*, 1.

Buriticá-Arango, E. (2023). Eutanasia, suicidio asistido y derechos humanos: un estudio de jurisprudencia comparada. *Derecho PUCP*, (91), 9-41. https://doi.org/10.18800/derechopucp.202302.001

Caudillo-Ortega, L., Frausto-Ramos, V., y Flores-Arias, L. (2020). Conducta anticonceptiva desde una mirada del modelo ecológico. *Revista Ra Ximhai, 16*(3), 211–234.

Correa, M. L., y Jaramillo, S. C. (2024). *Mucho más que eutanasia: trayectoria y contenido del derecho a la muerte digna en Colombia.* DescLAB.

Correa, L. (2024). *Eutanasia en Colombia: cifras y barreras para ejercer el derecho a morir dignamente en Colombia*. DescLAB.

Cortez, G. (2006). Aspectos bioéticos del final de la vida: el Derecho a Morir con Dignidad. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, *51*(2), 97-102.

De la Torre, D., J. (2019). Eutanasia: los factores sociales del deseo de morir. *Revista Iberoamericana de Bioética,* (11), 1-23.

Frías-Armenta, M., López-Escobar, A. E., y Díaz-Méndez, S. G. (2003). Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. *Estudios de psicología, 8*(1), 15-24.

García-Regalado, J. y Escoto-López, J. J. (2022). Criterios clínicos de muerte encefálica. *Medicina Interna de México*, 38(4), 868-876. https://doi.org/10.24245/mim.v38i4.4527

Gempeler, R., F., E. (2015). Derecho a morir dignamente. *Univ. Méd., 56*(2), 178-185.

Instituto de Derechos Humanos de Catalunya. (2009). *Declaración Universal de Derechos Humanos Emergentes*.

Invamer. (2024). *Colombia Opina*. Consejo Nacional Electoral.

Martínez, N. J. A. (2018). Derecho a un proceso de muerte digna. *Revista de la Facultad de Derecho de México*, (272), 551-570.

Martínez, L. M., Feijoo, V. J., Queipo, B. D., y Martínez, L. C. (2022). Estudio médico legal de la Ley Orgánica en España en Comparación con el resto de los países que regulan la eutanasia y/o el suicidio asistido. En *Revista Española de Medicina Legal*, 48(4), 166-174.

Mazzetti, L., C. (2017). Nombrar la muerte. Aproximaciones a lo indecible. *Andamios, 14*(33), 45-76.

Monreal-Gimeno. M. C., Povedano-Díaz, A., y Martínez-Ferrer, B. (2013). Modelo ecológico de los factores asociados a la violencia de género en parejas adolescentes. *Journal for Educators, Teachers and Trainers, 5*(3), 105–114.

Montenegro, C. C. D., y Maldonado, C. F. M. (2021). Adecuación del esfuerzo terapéutico orientado hacia un buen morir. *Revista Metro Ciencia*, *29*(3), 9-15.

Moreno, M. J. F. (2020). El testamento vital o voluntad anticipada y los mensajes de datos. *Revista Killkana Sociales*, *4*(3), 43-56. https://doi.org/10.26871/killkanasocial.v4i3.510

Organización Mundial de la Salud. (1990). *Alivio del dolor y tratamiento paliativo del cáncer. Informe de un Comité de Expertos de la OMS.*

Peña, Ñ. A. J. (2020). *Morir dignamente: Una visión desde el Derecho Colombiano.* Universidad del Cauca.

Pérez, F., F. (2004). El medio social como estructura psicológica. Reflexiones a partir del modelo ecológico de Bronfenbrenner. *EduPsykhé: Revista de psicología y educación, ISSN 1579-0207, 3*(2), 161-177.

Ríos, R., A. (2016). La eutanasia en México: una visión comparada. *Amicus Curiae. Revista Electrónica De La Facultad De Derecho, 1*(7).

Rodríguez, D., M., C., Alvarado, G., A., & Moreno, F., M., E. (2007). Construcción participativa de un modelo socioecológico de inclusión social para personas en situación de discapacidad. *Acta Colombiana de Psicología, 10*(2), 181-189.

Sacristán, R. A., y Ferrari, S. M. (2021). Tratamientos al final de la vida: cuidados paliativos, sedación terminal, eutanasia y suicidio médicamente asistido (SMA). *RIECS, 6*(2), 94-105.

Sánchez, B. B. (2023). Eutanasia y suicidio asistido: Un estudio comparado de las novedades en Alemania, Austria, Portugal y España. En *Teoría y Realidad Constitucional*, (52), 579-608.

Scoppetta, O., y Garzón, O. E. (2021). Ecological Models of Development applied to the consumption of illicit drugs: a systematic review. *Psicología desde el Caribe, 23*(2), 167-188.

Torrico, L., E., Santín, V., C., Villas, M., A., Álvarez-Dardet, S. M., y López, L., M., J. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología/Annals of Psychology, 18*(1), 45-59.

Autora

Bertha Esperanza Vargas Reyes. Candidata a doctora en Ciencias Sociales por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, actual docente adscrita al departamento de Ciencias Jurídicas.

Declaración

Conflicto de interés

No tenemos ningún conflicto de interés que declarar.

Financiamiento

Sin ayuda financiera de partes externas a este artículo.

Agradecimientos

Agradezco a la Fundación Consciencia Viba por abrirme las puertas y recibirme para colaborar en mi investigación, así como a quienes hacen parte de ella por su valiosa contribución.

Nota

Este artículo derivó de la tesis realizada para la obtención del grado de Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.