

La asistencia médica al suicidio (AMS) en Colombia desde una perspectiva psicosocial crítica.

Deiby Mesa Castro

Resumen

El presente artículo aborda la Asistencia médica al suicidio (AMS) en Colombia, desde una perspectiva crítica, parte de un análisis de la sentencia C-164/22 de la corte constitucional y de la relación de esta con el discurso médico. También se aborda el suicidio como un problema social que ha sido mirado desde múltiples dimensiones: la filosófica / existencial, la sociológica, la histórica, la política / económica. Se examina cómo, a pesar de los avances normativos vía el derecho a morir dignamente y el respeto de la autonomía, la AMS continúa inscrita en un marco de control médico, jurídico y moral, el cual restringe la libertad del sujeto y medicaliza su situación. Se pretende discutir la tensión que genera esta situación frente al abordaje posible desde una perspectiva psicosocial.

Palabras clave: muerte digna, asistencia médica al suicidio, suicidio, eutanasia, estigma, perspectiva psicosocial.

Introducción

La Corte Constitucional en Colombia aprobó en mayo del 2022, mediante la sentencia C-164/22, la asistencia médica al suicidio. Esto abrió la posibilidad de reconocer un derecho que tienen todos los ciudadanos de decidir el final de su vida bajo ciertas circunstancias. El acceso a este reconocimiento se limitó a personas que cumplan unos requisitos específicos, los mismos que fueron definidos para la eutanasia, en los siguientes términos:

cuando el paciente esté diagnosticado con una lesión corporal o una enfermedad grave e incurable, cuando padezca de intensos dolores físicos o psíquicos por cuenta de ello que sean incompatibles con su idea de vida

digna, y cuando manifieste expresamente su intención” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-164, 2022).

La Sentencia C-239 de 1997, denominada “homicidio por piedad-/homicidio pietístico o eutanásico/homicidio eugenésico”, despenaliza la eutanasia, siendo este un antecedente que abre la puerta en términos legales al derecho a morir dignamente.

Desde la aprobación de la sentencia C-164/22, no se conocen cifras oficiales sobre las personas que han solicitado la AMS y mucho menos de a quienes se les ha aprobado. No es de extrañar que esto sea así porque incluso, como señala Correa Montoya y Jaramillo Salazar (2025), ha habido restricciones para acceder a las cifras de la eutanasia. Hasta el momento los datos entregados por el Laboratorio de derechos sociales, económicos y culturales (DescLab) mencionan que en el 2024 se realizaron 29.3 procedimientos de eutanasia por mes. El registro total de 352 ese año corresponde al 33.7% de todos los procedimientos registrados desde el 2015 que se inició el registro, aunque la sentencia se aprobó en 1997 (Correa Montoya y Jaramillo Salazar, 2025).

Las múltiples sentencias y declaraciones de la Corte van en vía de la defensa del derecho a morir dignamente: La Sentencia C-239 de 1997 despenaliza la eutanasia en casos específicos; La Sentencia T-970 de 2014 establece el derecho a la autodeterminación sobre el final de la vida; La Resolución 2665 de 2018 del Ministerio de Salud reglamenta las decisiones anticipadas en salud y La Sentencia C-233 de 2021 y la C-164 de 2022 ha fortalecido el marco para la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Todas ellas, se pueden considerar como avances en el derecho a morir dignamente. Sin embargo, no es suficiente con que este derecho se autorice en el papel. Si bien es positivo que la Corte Constitucional emita sentencias sobre el tema, se requieren leyes que asuman una posición más prescriptiva y permitan que surjan instrumentos para operativizar su implementación. Tal vez, una dificultad para que esto se resuelva es que continúa dándose una discusión en diversos campos que incluyen diversas y contradictorias perspectivas desde: lo religioso, lo médico, lo

político, el derecho, las ciencias sociales y, aunque de manera más limitada, asumiendo perspectivas psicosociales. La discusión está abierta, la controversia es tan grande que la reglamentación no avanza. Según el periódico El Colombiano el 26 de marzo de este año se hundió el último intento para aprobar la eutanasia como ley, el medio informa que “Hasta ahora en total han presentado 17 proyectos de ley sobre el tema, durante los últimos 27 años.”

Este nuevo fracaso pone en riesgo el reconocimiento público del derecho de decisión de las personas, puesto que como lo afirmó Rodríguez (2015): “Negar la eutanasia, en los términos de la decisión de la Corte Constitucional, constituye flagrante violación al “proyecto de vida” de los pacientes, que tienen, en las circunstancias establecidas, el legítimo derecho a la anticipación de la muerte” (p. 52).

En la construcción de la Sentencia 164/22 se generó además otra contraposición, que se da en la denominación entre los términos suicidio médicamente asistido y asistencia médica al suicidio. Mientras el primero pone atención en el suicidio como decisión frente a la propia vida, al poner esta como la primera palabra del término, el segundo prioriza la asistencia médica. El tema es controversial porque, como dice Molina Moreno (2023), la Corte Constitucional misma está limitada por posiciones éticas y morales que argumentan que aceptar la elección de alguien sobre finalizar su vida atenta contra los principios de preservación de la vida y el deber médico que está cimentado en este aspecto.

De otro lado la misma autora plantea la situación que esto genera para el sistema de salud, puesto que enfrenta a los profesionales que están llamados a tomar y/o asistir en esta decisión con las posturas morales que hay al respecto. De tal modo que, hoy en día, es toda una odisea que se apruebe el suicidio médicamente asistido en Colombia (Molina Moreno,2023).

La principal discusión parece que se sigue dando en el campo de la medicina y la bioética. En consecuencia, la visión médica sigue siendo la encargada de regular la decisión de las personas frente a estas prácticas. Y, a

pesar de los pronunciamientos de la Corte, que se presentan como decisivos, ambos, el suicidio médicamente asistido al igual que la eutanasia siguen teniendo barreras para su aplicabilidad.

Una preocupación que se agrega es que centra la autoridad en el discurso médico. Este discurso no solo se refiere al tratamiento e intervención de asuntos biológicos, sino que aparece referido como una forma de pensamiento que da un papel imperante a la comprensión patologizante del paciente sobre cualquier situación o cuestión desde la cual se puedan articular la amplitud de otras perspectivas sociales que tienen algo que decir acerca del tema. La estructura de este discurso, según Menéndez (2005) está enmarcada en rasgos como:

biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico (p. 2)

Al respecto, Szasz (2002) menciona que la medicina que se enmarca en la preservación de la vida sobre todo lo demás, se produce como una higienización de todo acto que pretenda estar por fuera de esos fines preservativos, de tal modo que, todo sujeto que considere poner fin a su vida debe, según esa perspectiva, ser rehabilitado de su idea. En palabras de Foucault (1974), esa tarea de designación y rehabilitación ha hecho que las ciencias psi hayan servido como de ortopedistas de la moral. El menciona que: “La psiquiatría, tal como se constituyó esta disciplina, entre fines del siglo XVIII y principios del XIX (...) no se caracterizó como una especie de rama de la medicina general sino como un acto de higienización pública” (p. 115).

Como dicen Jiménez Betancourt & García Valdez, (2021) de este modo, el saber médico fue instituido como práctica y dogma; al funcionar como mecanismo de control social conservó muchos sesgos sin presupuestos y ha detentado una autoridad absurda sobre las personas potencialmente suicidas. Estos sujetos, han

sido insertos en los manuales de diagnósticos psiquiátricos y perseguidos al mejor estilo de las cruzadas; a la vez, se consideran herejes quienes no asuman un pensamiento acorde con las lógicas del orden de “la vida a toda costa”. Personas sufrientes y buscando una salida a su malestar fueron encerrados y medicados, el control se ejerce sobre todo lo viviente, es control del cuerpo vivo: “El suicidio es algo que, desde el biopoder, se busca prevenir. Una ética del acto suicida es, ante todo, anti-psi”. (Jiménez Betancourt & García Valdez, 2021, p. 19).

En contraposición con esta situación, Picón Jaimes et al (2022) insiste en la necesidad de integrar a la discusión los derechos humanos y enfrentar a los marcos legales respecto a la legitimidad de la decisión de los pacientes en cuanto a la eutanasia y el suicidio asistido.

En el marco de estas condiciones, se abren una serie de discusiones sobre todo frente a dos conceptos: el valor de la vida y la existencia de autonomía frente a la decisión sobre cómo y cuándo morir. En tanto este tema moviliza la relación entre el sujeto y lo social, realizar preguntas y abordar estos aspectos desde perspectivas psicosociales, integrando preguntas importantes por ¿cuál es la lectura psicosocial sobre el tema? y ¿qué postura estamos llamados a asumir en el marco de su atención como interventores psicosociales? Por ello, se reconoce el amplio escenario de debate para la intervención psicosocial, con relación al vacío que sigue habiendo en torno a la defensa de la autonomía y al análisis desde una perspectiva crítica de lo que implica asumir la posibilidad de decisión de los sujetos. Una perspectiva que haga posible cuestionar lógicas hegemónicas y apuntar a lógicas singulares y de respuesta social. En este sentido, recuperar el carácter discursivo del suicidio nos permitiría hablar, como lo propuso Morón (1992), de *los suicidios*, siendo el suicidio medicamente asistido una forma digna de acabar con la propia vida, incluso de reservar lo que queda de ella si se trata de un sujeto que sufre por vivir.

Por esto, este trabajo realiza un análisis de la asistencia médica al suicidio (AMS) desde una perspectiva psicosocial crítica, a partir de una muestra bibliográfica de 14 investigaciones realizadas entre los años 2008 y 2024, así

como de la legislación colombiana reciente, principalmente a la luz del pronunciamiento de la corte 2022 con la sentencia C-164/22. El primer apartado desarrolla apreciaciones sobre el suicidio desde las dimensiones filosófica / existencia y la sociológica. El segundo amplía el tema de la asistencia médica al suicidio en relación con lo psicosocial desde una perspectiva crítica.

Algunos apuntes sobre las dimensiones históricas-filosóficas y sociológicas sobre el suicidio.

Que aquel que no quiera vivir ya más largo tiempo, exponga sus razones al concejo, y después de haber obtenido licencia, se quite la vida. Si la existencia te es odiosa, muere; si estas maltratado por la fortuna, bebe la cicuta. Si te hayas abrumado por el dolor, abandona la vida. Que el desgraciado cuente su infortunio, que el magistrado le suministre el remedio, y su miseria tendrá fin.

Libanio

A continuación, se esbozarán algunas definiciones de lo que atañe a la pregunta de investigación tomando como referencia distintas posturas teóricas que nos ayudan a pensar en términos como el suicidio, la AMS en Colombia y la perspectiva psicosocial. Estos conceptos serán la base para proponer una lectura de la AMS en el contexto colombiano desde una mirada crítica.

La antigüedad del tema del suicidio

El tema del suicidio es muy antiguo. Hay diversos relatos históricos que hablan sobre quitarse la vida de manera voluntaria. En la cultura griega no era mal visto acabar con la vida propia, incluso varios pensadores griegos lo consideraban un acto noble. Sin embargo, Platón y Sócrates imprimieron moralidad en el acto. En el Fedón, escrito en el siglo IV, se dice a propósito de quitarse la vida: “Aun cuando esto parezca contrario a la razón, que un hombre no se quite la vida voluntariamente, y que los dioses lo prohíban, hay que creer que es así.” (Platón, 1992. P, 209). Sócrates bebió la cicuta tras ser condenado, porque le dio el mismo

significado a hacer morir sus ideas que al morir él mismo realmente, de modo que al ser juzgado por corromper la juventud y enseñar a cuestionar la autoridad, no se retractó para salvar su vida, y así permaneció fiel a sus principios. (Denison, 2020).

Cuando se posiciona el cristianismo como religión oficial en el transcurso de los imperios romanos, es Teodosio I quien la oficializa, siendo su precursor Constantino, intentándolo con el concilio de Nicea, siendo materializada la idea medio siglo después (Hubeňak, 1999).

Esto da un giro importante en las concepciones occidentales del suicidio, al incluir una definición y posición frente al hecho de quitarse la vida. Por ejemplo, San Agustín escribió el texto *La ciudad de Dios* en el siglo V, allí afirma: “‘No matarás’, este precepto no admite excepción alguna en cuanto al hombre, ya se trate de otro o de uno mismo” (Agustín de Hipona, 1995, p. 45). Con lo cual sitúa en el sexto mandamiento una justificación para ver el suicidio como pecado, Montes Vargas (2022) expresa que suicidio desde el abordaje cristiano une la mirada teológica de la vida como don divino, debido a ello el acto de quitarse la vida es interpretado como aversión de lo creado por Dios y por lo tanto un pecado grave. Esta postura de pecado imperdonable inspirará más tarde a la psiquiatría y contribuirá a que el acto suicida se tome como un objeto de persecución.

Contraposición entre una perspectiva sociológica y una existencial.

Para Émile Durkheim (1897), el suicidio es visto como un fenómeno que parte desde lo social, es decir, que expresa asuntos colectivos, que por lo mismo son cambiantes respecto a las dinámicas de la propia comunidad y de la misma sociedad. Durkheim dice: “Llamaremos suicidio a todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, y que ella sabía debía producir este resultado” (p. 17)

El autor divide el suicidio en cuatro tipos: egoísta, altruista, anómico y fatalista. Sitúa los dos primeros como consecuencia de la falta o exceso de integración de los sujetos a la vida y los dos segundos como productos de una falta o exceso de regulación social (Durkheim, 1897). De otro lado, expresa que la religión, en cuanto práctica de la comunidad que sostiene al sujeto, le enmarca en “El espíritu religioso [que] preserva contra el suicidio no porque prohíba el acto, sino porque es una fuerza de integración social” (p. 155).

La definición Durkeniana no asume una postura alejada de la moral sino al contrario, afirma que el resultado de la regulación moral de la sociedad, en su división de las cuatro formas de suicidio, es el que va a inscribir la valoración del el acto suicida en algún grado de moralidad social, débil o excesiva: “El suicidio, en tanto fenómeno social, es un hecho moral que depende de la cohesión y la disciplina del grupo del cual forma parte el individuo.” (Durkheim, 1987, p. 274).

Según este autor, el suicidio dependerá en gran medida del grado de integración que el sujeto tenga en la sociedad, si este es muy débil es propenso al acto, pero si la moral es demasiado rígida también se verá predispuesto al mismo, por lo cual plantea la búsqueda de una sociedad en equilibrio entre lo moral y lo social, una integrada pero no absorbente. En contraposición con Durkheim, el suicidio para Emil Cioran es un acto de reflexión y de saber individual, él no lo aborda desde elementos sociológicos sino como una postura existencial y filosófica: “Pensar en la muerte voluntaria es un modo de apropiarse de la vida. De hacerla nuestra” (Cioran, 1970, p. 138) En este caso, el suicidio se ubica por fuera del acto enjuiciado desde cualquier perspectiva moral; en tanto responde a una actuación del sujeto libre puede reconocerse como una realización. El autor afirma: “No hay que moralizar el suicidio, ni condenarlo ni justificarlo. Es un hecho, un gesto sin explicaciones.” (Cioran, 1949, p. 156).

Además de la cuestión de la libertad, para Cioran el suicidio también es una posibilidad liberadora, no un acto simple o que pueda ser juzgado, pues responde a una constitución propia de la consideración del ser humano de su libertad de

actuar, incluso en los momentos más difíciles: “El pensamiento del suicidio es una poderosa consolación: ayuda a pasar más de una mala noche.” (p. 35). Este mismo acto, pone en tensión la idea de vivir que se considera debería estar por encima de cualquier consideración y circunstancia: “El suicidio es una solución extrema. ¿Pero acaso no lo es también la vida?” (Cioran, 1970, p. 127)

Algunos hallazgos para pensar el suicidio y el acompañamiento médico al suicidio

En este apartado se tejen algunos hallazgos que emergen en la lectura de los artículos que fueron tomados como parte de la investigación. Se tuvo en cuenta que, abordar la asistencia médica al suicidio se hace necesario situar en la literatura lo que implica *un suicidio* no solo como concepto sino también como acto.

Un ejemplo de la necesidad de definición del suicidio aparece en para Jiménez-Betancourt & García Valdez (2021), quienes, siguiendo a Freud, parten de reconocer en el suicidio el pasaje al acto por excelencia. A la vez, se distancian del planteamiento Freudiano, afirmando que también es un acto de apropiación. Esta idea los distancia de las visiones más conservadoras del psicoanálisis. Los autores advierten con ello que las lógicas preventivas del suicidio se enmarcan en el biopoder proponiendo una “una ética del suicidio” que va en contra de las posturas más tradicionales de los saberes psi.

El suicidio es visto por varios autores como un fenómeno social. Orozco Villa (2019) propone pensar este fenómeno desde lo cultural, lo político y sobre todo en un contexto específico, no universal y a su vez producido discursivamente. El suicidio es un acto de resistencia política, que pone de manifiesto la libertad del sujeto en la época que exagera la gestión del *empresario del yo*, que responde a altas exigencias de discursos neoliberales (Gonzales Pérez, 2022). Entonces, el suicidio aparece como acto de rebeldía, como signo supremo de la libertad humana (Rodríguez Soriano 2015; Monsalve Morales & Pinto Bustamante, 2021),

que afirma su negatividad ante el exceso de positividad de un régimen del discurso de la productividad (Han ,2012).

Estas posturas entran en tensión con diversidad de autores que definen el suicidio desde perspectivas positivistas, inscritas sobre todo en el campo médico y religioso. Para López Ramírez (2023), es necesario verlo desde una concepción genética y hereditaria, siendo un acto este contagioso entre pares y familiares. Estudios como estos resuenan con otros en los cuales se asocia el suicidio al déficit, al uso de drogas o a los trastornos mentales, y se entiende como problema de salud pública (Castellón & Inostroza, 2023 y Sentíes Castellá, 2024).

Campillo Serrano y Fajardo-Dolci (2021) proponen ver al suicidio como “conducta perniciosa”, asegurando que desde la perspectiva psicológica es un intento de comunicarse o llamar la atención, un acto ambivalente que se inscribe como manifestación de trastornos mentales como la bipolaridad, la depresión y el alcoholismo, Martín Salinas y Isidro de Pedro (2023), sostienen la concepción religiosa cristiana del suicidio como pecado, planteando que la vida en cuanto “regalo de Dios” no pertenece al sujeto sino al ser supremo. En sentido similar, el suicidio termina siendo considerado un acto deshonesto, que solo podría ser llevado a cabo por sujetos poseídos, enajenados o enfermos; por lo que se define finalmente como un acto sin sentido (López Ramírez, 2023).

¿Entonces cómo considerar un suicidio asistido médicamente fuera de estos términos?

El suicidio médicamente asistido, es tratado en Colombia, en la literatura reciente desde la definición que da la Corte Constitucional a la AMS. Royes (2008) lo refiere como un acompañamiento de un médico que entrega los medicamentos necesarios para finalizar con la vida. Es importante resaltar que en nuestro país no se han pensado nuevas o más amplias definiciones que vayan más allá del acto de acompañamiento reducido a la entrega de medicamentos; las leyes frente al AMS ponen en evidencia la necesidad que se clama a voces de volver público lo que viene ocurriendo en lo privado (Sentíes Castellá, 2024). Un ejemplo de una

vía para seguir en este sentido es la que propone Rodríguez Soriano (2015), de situar el acompañamiento como una actividad necesaria para poner fin a un padecimiento irreversible. Este autor, además, abre otras perspectivas frente a las formas de abordaje, pone como ejemplo el caso de Suiza, país en el que se permite un acompañamiento por fuera del contexto médico.

Es relevante anotar que en la literatura revisada hay escasas fuentes para comprender lo que se conceptualiza como a AMS, por lo cual, aparece como relevante poner la mirada en algunas definiciones de la eutanasia trabajadas en estos textos, que son consideradas para entender la cuestión. Monsalve Morales y Pito Bustamante (2021) parte de tomar en cuenta la etimología de la palabra eutanasia, que alude a un buen morir. Mientras tanto, otros autores basados en los discursos de la medicina continúan sosteniendo que la eutanasia es un denominan homicidio y proponen que esta, como cuestión ética de la práctica médica, no se debería apoyar el hecho de llevar a fin la vida por medio de este acto; para estas visiones, no se podría suministrar medicamentos que propicien la muerte a ningún sujeto aun cuando esta fuese su voluntad (Monsalve Morales y Pito Bustamante, 2021; Aurenque, 2021).

Sin embargo, en cuanto esta es una discusión actual de la ética médica, en países como Holanda es, por el contrario, visto como un deber médico el aliviar el dolor del paciente, aun cuando esto implique acompañarlo en un buen morir (Aurenque, 2021). Esto pone en cuestión no solo el campo de la medicina sino todos aquellos saberes que aborden cuestiones ontológicas.

Frente a las diversas definiciones que circulan entre las áreas médicas y jurídicas, los medios de comunicación han jugado un papel protagonista en cómo se define el suicidio y cómo es visto la AMS. Algunos autores proponen la necesidad de pensar incluso en la dimensión de la comunicación del fenómeno. Orozco Villa (2019) propone pensar los medios como referentes discursivos para la forma en que se entiende el suicidio, diciendo que no solo se limitan a mostrar la noticias sino también a producir significados y representaciones sobre el mismo. Los medios además se mueven entre el temor a presentar la noticia o hacerlo de

forma amarillista, sin existir un discurso claro frente al tema (Sebastiani, 2023). Otros autores muestran cómo, además, cuando se informa sobre el suicidio el protagonismo se vuelca sobre lo mental, lo patológico y el efecto de imitación, con lo cual se desdibuja el carácter político que puede tener dicha decisión y la singularidad, pudiendo ser esto un gesto colonizador de la diferencia (Orozco Villa, 2019 y Rodríguez Soriano, 2015).

El suicidio desde un análisis multidimensional y crítico

Las concepciones que se viene hilando hasta aquí tienen varios puntos de interconexión que configuran el hecho de que el AMS requiere ser mirado desde diferentes dimensiones: no sólo son las leyes, sino que también surge en los discursos políticos que transportan las propias concepciones morales de quienes ocupan los cargos públicos y administrativos del Estado, llamados a regular en estos temas. A su vez, esta dimensión política estaría conectada con la dimensión económica, por lo cual abordar el fenómeno desde una sola dimensión sería un abordaje segado y además muy incompleto.

En este punto, el neoliberalismo juega un rol fundamental para pensar la dimensión política / económica. Este es un discurso individualizante que produce sujetos que se enfrentan al fracaso como el lugar antagónico a los ideales de la época; es decir, al enmarcar al sujeto como productivo, quien no logró o se salga de estas maneras de existir estará en mayor riesgo, según Gonzales Pérez, de tender al suicidio (2022). Lo cual, adicionalmente lo dejará al margen, pues con su acto atenta contra un orden político establecido (Rodríguez Soriano, 2015).

El discurso de la productividad, entonces, lleva a los sujetos a descontentos y malestares debido a que sus ideales son inalcanzables. Mientras el ideal de vida se afiance en búsqueda de un goce incesante, lo político se aúna con los medios de comunicación para reproducir infinidad de referentes que promueven la vida que tiene sentido como una en la que es posible el goce desmedido (Carmona Parra, 2012). Un goce tanático que empuja más a la muerte que a la vida.

Entonces, en muchos casos el suicidio aparece como un deseo que se contrapone a la regulación y limitación que producen estos discursos. Se pueden hablar de dos posturas de lo político según la lectura de los textos, la primera se refiere al control de los cuerpos a partir de la política, Orozco Villa (2019) propone pensar un control que se entreteje, entre lo económico y lo productivo, siendo la salud contemporánea una forma de administración de los cuerpos. La segunda sería la de mantener esos cuerpos vivos a toda costa en cuanto sean cuerpos productivos, de lo contrario medicalizar.

En las distintas formas de entender el suicidio y la AMS aparece una pregunta persistente por el qué hacer frente a dicha práctica, que convoca necesariamente el papel de interventores psicosociales: ¿Cómo intervenir los suicidios? ¿Cómo intervenir la AMS? Es importante revisar algunos puntos de vista de los autores frente a estas cuestiones. Por ejemplo, Orozco Villa (2019) expresa que hay que interpelar los discursos llamados expertos en el suicidio dado que estos se soportan en una lógica binarista entre el bien y el mal y reducen la complejidad del fenómeno; además, afirma que mediante el abordaje al suicidio se constituye un monopolio del campo de la salud, por cuanto en todos los casos el acto es leído como patológico.

Para Rodríguez Soriano (2015), en estas lógicas se busca normalizar al sujeto, con la consecuencia de quedar despojado del derecho a la autodeterminación. Sebastiani (2023), lo reafirma al mencionar que el riesgo de suicidio en un contexto de atención en psiquiatría implica la internación hospitalaria, lo cual significa la pérdida de libertad en nombre del orden social. Mientras, para Carmona Parra (2012), existe en el campo una sobre producción de teorías que se basan en el comportamiento humano normal y desviado, y conducen a la desresponsabilización colectiva, que debilita el propio espíritu humano, esto como consecuencia de la sobre-diagnosticación. De este modo, en nuestro contexto, la mayoría de las intervenciones son pensadas desde lógicas preventivas amparadas en el saber médico lo cual lleva a ubicar el suicidio e incluso la decisión de la AMS como algo patológico.

Aproximaciones psicosociales para pensar la asistencia médica al suicidio en Colombia

Si hacemos pausa en las definiciones tanto de Durkheim como de Cioran, aun cuando puedan parecer distantes, no lo son. Para pensar el fenómeno social del suicidio podríamos partir de distintas dimensiones, la social, la moral, la filosófica y en el caso de Colombia y más específicamente en las sentencias de la corte, la dimensión política.

La contextualización del tema en Colombia está marcada a partir de una mirada preventiva y de objeto de intervención: “El suicidio es un acto deliberado por el cual una persona se provoca la muerte, con conocimiento o expectativa del resultado fatal” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Este concepto es tomado de la Organización Mundial de la salud, que propone una mirada epidemiológica del suicidio. El Ministerio de Salud aborda las distintas formas en que se debe *intervenir* el suicidio, puesto que lo considera “un fenómeno de salud pública que requiere intervenciones multidisciplinarias para su prevención, abordaje y tratamiento” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018)

La Corte Constitucional amplía la discusión sobre derecho a morir de manera digna con la sentencia C-164 de 2022 donde se define la AMS diferenciándolo de la eutanasia como

tanto la eutanasia como el suicidio asistido son intervenciones médicas que permiten apresurar o causar la muerte de una persona que, sufriendo una enfermedad incurable que produce un dolor o un sufrimiento insostenible, así lo solicita de manera voluntaria e inequívoca. Aunque ambos producen el mismo desenlace, en la eutanasia es un médico quien realiza la intervención que termina en la muerte mientras que en el suicidio médicamente asistido el paciente es quien pone fin a su vida

La misma sentencia aborda el tema de la autonomía y la libre decisión sobre la propia vida:

En cualquier caso, la autonomía para realizar un proyecto de vida propio cobija la posibilidad de que las decisiones que se tomen en ese ejercicio impliquen la terminación anticipada de la vida cuando se juzgue que la misma carece de dignidad. Estos sufrimientos, deben tener su origen en lesión corporal o enfermedad grave e incurable (Corte Constitucional de Colombia 2022). En estos términos prácticos, la AMS aparece como la autorización dada por el sistema y la acción de suministrar de los medios médicos para que un sujeto acabe con su vida de manera digna.

De otro lado, la acción y reflexión desde lo psicosocial está llamada a pensar el suicidio como un hecho social/individual e individual /social; lo que implica una ida y vuelta del fenómeno del suicidio desde distintas aristas: el contexto histórico, político, social y sin dejar de lado las propias interpretaciones y formas subjetivas de entender y actuar.

En concordancia con esto es pertinente una visión psicosocial, porque, como señala Rodríguez 2009: “El enfoque psicosocial se refiere a la comprensión integrada de los procesos psicológicos y sociales que configuran la subjetividad de los individuos en interacción con su entorno, estructuras sociales, relaciones de poder y condiciones históricas.” En la misma vía, el Ministerio de salud de Colombia (2018) hace referencia a las intervenciones psicosociales poniendo de manifiesto “en el marco de la gestión del riesgo en salud mental, los cuales integran aspectos del sujeto vulnerable y del entorno amenazante, aspectos biofísicos con aspectos psicosociales y aspectos subjetivos e interaccionales con determinantes del contexto.”

lo denominado como psicosocial es una cualidad, un concepto en espiral que se eleva desde el reconocimiento primario de la necesidad de emparentar lo social y lo psíquico hasta desplegarse en su multiplicidad y atravesar otros elementos constitutivos de la realidad. Entretanto estos elementos, abordados cada vez menos desde visiones centradas en la identidad de las disciplinas, plantean nuevas preguntas, atienden a

situaciones emergentes, exigen soportar la tensión entre las oposiciones y mantener un espacio medial (Osorio Tamayo y Ríos Palacios, 2025)

Para estas autoras, lo psicosocial también es una puesta en acción, una disposición a hacerse parte y transformar. Desde una perspectiva crítica latinoamericana, Martín Baró (1990) propone pensar lo psicosocial como un enfoque que permite “desnaturalizar los malestares subjetivos reconociendo su origen en condiciones de exclusión, dominación y desigualdad social.”

Como se pone en evidencia en estas definiciones el enfoque o el accionar desde lo psicosocial se deben pensar tomando en cuenta los múltiples factores que rodean el sujeto y como este interviene en ellos, es así como el suicidio y más precisamente la AMS se debe pensar como un asunto social y no como un asunto moral.

Conclusiones

Pensar la AMS y el suicidio desde una mirada psicosocial crítica implica abordar conceptos como la vida, la muerte y la autonomía y como estos se tensionan en un contexto como el colombiano en el marco histórico, político y sobre todo discursivo. Si bien la sentencia C-164 de 2022 ha abierto un reconocimiento por la muerte digna y el respeto por “*la autonomía personal en tanto principio orientador que permite que una persona tome las decisiones que estime importantes para su proyecto vital, sin intromisiones ni presiones*” (p. 2), lo cierto es que esta posibilidad sigue teniendo múltiples barreras como parte del ejercicio del derecho a la muerte digna, generando unas lógicas de sujeción al poder médico y jurídico, otorgando y delimitando el sujeto a su libre decisión y autonomía en el marco de la institucionalidad, que es la que autoriza y del profesional médico que valida la decisión. La muerte debe dejar de ser un tema tabú y hay que pensar la misma también vía la muerte digna, una menos medicalizada y respetuosa de la decisión de cada sujeto (Correa Montoya y Jaramillo Salazar, 2025).

En el análisis de las investigaciones se evidencia que la comprensión del suicidio sigue siendo moralizante y medicalizante, lo que en épocas anteriores fue considerado pecado hoy es traducido en términos diagnósticos y con lógicas preventivas, como lo señala Menéndez (2005). En esta situación, el modelo médico hegemónico se soporta sobre la biologización del sufrimiento y la objetivación del sujeto. Estas lógicas del saber médico, siguiendo a Foucault (1974), son una manifestación del biopoder, y control de la vida biológica en nombre del bienestar colectivo. En este marco la AMS no se ofrece como un acto de emancipación, sino como práctica reguladora, de vigilancia y castigo, el sujeto que decide acabar con su vida tendrá que certificar su enfermedad, su padecimiento, quedando atrapado entre la promesa de autonomía y un dispositivo que limita. La paradoja queda expuesta: el derecho a morir solo es válido si otro lo valida ¿Por qué nuestra decisión de morir dignamente tiene que depender de otro?, ¿tendría que validar la institucionalidad también el derecho a la vida?

Frente a estas lógicas lo psicosocial invita a cuestionar de manera crítica los lugares de poder desde los que se enuncia las verdades sobre el suicidio, la AMS y la muerte. Como lo enuncia Baró (1990) la tarea del pensamiento crítico no es adaptarse a la estructuras dominantes sino cuestionar las causas subyacentes reconociendo sus raíces en condiciones de exclusión y dominación. También Agamben (2008) explicita que ser contemporáneo no implica adaptarse a la época sino cuestionar los valores de esta, se distancia y toma acción en la misma. Así el pensamiento sobre la AMS y el suicidio no deben restringirse a problema clínico o un trastorno individual, sino que debe extenderse a una comprensión como un síntoma social, que ponga en evidencia un contexto social que parece ofrece y enaltecer la libertad, al mismo tiempo qué controla y administra las decisiones sobre existencia. La medicalización de la muerte digna es en esta lógica una forma contemporánea de control biopolítico.

Cioran (1970) propone una mirada distinta del suicidio al plantearlo como un acto de apropiación de la vida, pensar la muerte voluntaria no como negación sino como afirmación de la propia existencia. En contraste las políticas preventivas

actuales y los discursos que patologizan tienden a borrar la propia decisión del sujeto, la sustituyen con diagnósticos y la abordan mediante protocolos donde, en la mayoría de las veces, se médica y se encierra a quién manifieste su deseo de morir. El sujeto pasa de ser autónomo a ser un paciente enfermo. En lugar de construir un entramado ético y político en el que quepa el soporte, sostén y acompañamiento del sujeto, las perspectivas de abordaje terminan muchas veces reproduciendo lógicas higienizantes de la medicina, centradas en la prevención y la rehabilitación vía la normalización.

Lo psicosocial está entonces enfrentado a tomar distancia del saber heredado de la medicina y a tomar posturas éticas y políticas en las que se posibiliten comprensiones más amplias sobre el sufrimiento y la autonomía. Ello implica pensar el suicidio no meramente como un acto aislado y homogéneo, sino como lo dijo Moron (1980) pensar en los suicidios, rescatando estos como actos políticos, como actos singulares, que no pueden separarse de las lógicas sociales que llevan a las personas a tomar dichas decisiones; para develar esas lógicas, que, por demás, se sostienen en un sistema vida que mantiene las políticas de explotación.

En una época de la producción de sujetos del discurso neoliberal, donde prima el rendimiento y la positividad (Han, 2012) la manifestación del deseo de morir puede leerse como gesto de resistencia ante el mandato de productividad y optimismo absurdo. El empresario de sí no puede parar, no puede fracasar, no puede morir, dado que tiene que producir para un capitalismo salvaje; y, en caso de que se revela contra alguna de sus lógicas será medicalizado. En este escenario la muerte como decisión es una afrenta contra la narrativa de éxito y bienestar a toda costa; un discurso que no da lugar al malestar de un modo diferente a ser pensado en lógicas diagnósticas. En estas condiciones, la vida a toda costa es una forma de violencia simbólica del sistema y la institucionalidad.

Lo psicosocial como discurso y práctica debe considerar el acompañamiento a un sujeto que encarna, nombra y denuncia el malestar colectivo frente a la época, en su propia existencia, sin reducirlo a objeto enfermo

de tratamiento. Esto no implica promover la muerte ni los suicidios, sino reconocer abiertamente que el derecho a morir dignamente es inseparable del derecho a vivir y del derecho a la autonomía. En últimas no es quién puede morir, sino qué discursos definen el valor de la vida y bajo qué lógicas de poder, esto es una forma no solo del biopoder, sino una forma perversa del biopoder.

La AMS interpela las lógicas del pensamiento moderno de la vida, la ética y lo político. Tal como lo sugiere Dávila (2024) si la dignidad no está en la vida, habrá que buscarla en la muerte, no como negación sino como posibilidad de sentido. Asumirlo así implica un desplazamiento de lo psicosocial hacia lo ético, lo político, lo histórico, lo subjetivo y una comprensión de lo social por fuera de lo moral o al menos con lógicas menos moralizantes, allí donde se pretende: salvar, curar y ayudar también se dan lógicas silenciadoras y violentas con el sujeto, allí en ese silencio y violencia es donde debe actuar lo psicosocial devolviendo la voz al sujeto, una voz acallada por el saber médico.

Bibliografía

- Agamben, G. (2008). ¿Qué es lo contemporáneo? En G. Agamben, *¿Qué es lo contemporáneo? y otros ensayos* (pp. 13–24). Adriana Hidalgo Editora.
- Agustín de Hipona. (1995). *La ciudad de Dios* (T. Azcárate, Trad.). Biblioteca de Autores Cristianos. (Original escrito en el siglo V)
- Campillo Serrano, C., & Fajardo-Dolci, G. (2021). Prevención del suicidio y la conducta suicida. *Gaceta Médica de México*, 157(5), 564-569.
<https://doi.org/10.24875/GMM.21000205>
- Carmona Parra, J. A. (2012). *El suicidio: un enfoque psicosocial*. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 3(2), 316–339. Recuperado de <https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/RCCS/article/view/893>
- Castellón, A. D., & Inostroza, T. (2023). Creencias de profesionales de Atención Primaria frente a personas con conductas suicidas: un estudio cualitativo *Atención Primaria*, 57(3), Article 102839.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102839>
- Cioran, E. M. (1949). *Breviario de podredumbre*. Tusquets Editores.
- Cioran, E. M. (1969). *El aciago demiurgo*. Madrid: Taurus.
- Cioran, E. M. (1970). *La tentación de existir*. Taurus Editores.
- Corte Constitucional de Colombia. (1997, 20 de mayo). *Sentencia C-239/97*.
- Corte Constitucional de Colombia. (2014, 15 de diciembre). *Sentencia T-970/2014 (derecho a morir dignamente)*.
- Corte Constitucional de Colombia. (2021). *Sentencia C-233/21*
- Corte Constitucional de Colombia. (2022). *Sentencia C-164 de 2022*.

Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila, (2025). De muerte lenta #3. Panorama actual de las cifras y barreras del derecho a morir dignamente en Colombia. DescLAB: Bogotá. 65 p.

Dávila, L. (2024). Sobre el suicidio con morfina.

Denison, J. (2020). ¿Qué dice la Biblia acerca del suicidio? Denison Forum.
<https://www.denisonforum.org/resources/que-dice-la-biblia-acerca-del-suicidio/>

Despenalización del suicidio asistido. (2022).

Durkheim, É. (1897). El suicidio: estudio de sociología.

El Colombiano. (2025, 26 de marzo). *Se hundió otra vez en el Congreso el proyecto de ley que pretendía regular la eutanasia en Colombia*. Colprensa.

Foucault, M. (2001). *Los anormales: Curso en el Collège de France (1974–1975)* (V. Díaz, Trad.). Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1974–1975)

González Pérez, A. (2022). El suicidio como resistencia política: El mundo del empresario del yo. *Revista Latinoamericana de Estudios Críticos en Psicología*, 3(1), 55–70.

Han, B.-C. (2012). *La sociedad del cansancio*. Herder. ISBN 978-84-254-2868-5.

Hubeňak, F. (1999). *El hispano Teodosio y la cristianización del imperio*. *Hispania Sacra*, 51(103), 601–618. <https://doi.org/10.3989/hs.1999.v51.i103.601>

Jiménez Betancourt, R., & García Valdez, R. (2021). *Acting out y pasaje al acto. Hacia una ética del acto suicida*. *Affectio Societatis*, 18(34), 1–25.
<https://doi.org/10.17533/udea.affs.v18n34a01>

López Ramírez, E. (2023). Prevención del suicidio basada en la evidencia científica. *Revista de Psicología*, 23(1), 169–178.
<https://doi.org/10.24215/2422572Xe172>

- Martín-Baró, I. (1990). *Psicología de la liberación*. UCA Editores.
- Martín Salinas, A., & Isidro de Pedro, A. I. (2023). *Sakura. La comunidad religiosa como factor protector ante el suicidio*. *INFAD Revista de Psicología*, 2(1), 167-180. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2023.n1.v2.2498>
- Menéndez, E. L. (2005). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria de Salud*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Lineamientos para la prevención del suicidio en Colombia*. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). (2018, 25 de junio). *Resolución 2665 de 2018: Por medio de la cual se reglamenta parcialmente la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada*.
- Molina Moreno, V. (2023). *Suicidio medicamente asistido y su relación con la capacidad, autonomía y muerte digna en Colombia* (Trabajo de grado, Universidad Pontificia Bolivariana). Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.11912/10757>
- Monsalve Morales, G., & Pinto Bustamante, B. J. (2021). *Suicidio asistido en población con depresión mayor: Aproximación desde la bioética*. Universidad El Bosque. <https://repositorio.unbosque.edu.co/items/4259c53fdef-41aa-a8f4-b8aff7aa8e0f>
- Montes Vargas, P. (2022). *El acto suicida en el cristianismo: un breve recorrido histórico-sistemático*. *Cuadernos de Teología*, 14, e5376. <https://doi.org/10.22199/issn.0719-8175-5376>
- Moron, P. (1980). *El suicidio*. Ábaco.

Osorio Tamayo, D. L., & Ríos Palacio, G. J. (2025). *Lo psicosocial: discusiones emergentes para una construcción conceptual / The psychosocial: emerging discussions for a conceptual construction*.

Orozco Villa, E. O. (2019). Análisis crítico del discurso y suicidio: más allá de la narrativa de la enfermedad. *Arbor*, 195(794), a533.

<https://doi.org/10.3989/arbor.2019.794n4007>

Picón-Jaimes, Y. A., Lozada Martínez, I. D., Orozco-Chinome, J. E., Montaña-Gómez, L. M., Bolaño-Romero, M. P., Moscote-Salazar, L. R., & Janjua, T. (2022). Eutanasia y suicidio asistido. *Revista Med*, 30(1).

<https://doi.org/10.18359/rmed.6092>

Platón. (1992). Fedón (C. García Gual, Trad.). En *Diálogos* (Vol. 1, pp. 183–263). Gredos.

Rodríguez, F. (2009). *Intervención psicosocial: fundamentos y ámbitos de aplicación*. Síntesis.

Rodríguez, J. (2015). El derecho a morir dignamente y la objeción de conciencia.

Rodríguez Soriano, R. I. (2015). Elementos políticos para el debate sobre los dilemas éticos del suicidio médicamente asistido y de la eutanasia. *Revista Ciencias de la Salud*, 13(3), 465-479.

<https://doi.org/10.12804/revsalud13.03.2015.11>

Royes, A. (2008). La eutanasia y el suicidio médicamente asistido. *Psicooncología*, 5(2), 323–339.

<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220323A>

Sebastiani, M. (2023). El suicidio asistido como estrategia de prevención del suicidio traumático. *Evidencia Actualización En La Práctica Ambulatoria*, 26(4), e007103. <https://doi.org/10.51987/evidencia.v27i1.7103>

Senties Castellá, H. S. (2024). El suicidio asistido. Una controversia ética, médica y social. *Mente y Cultura*, (24) (1), –. <https://doi.org/10.17711/MyC.2683-3018.2024.005>

Szasz, T. (2002). *Libertad fatal: Ética y política del suicidio*. Barcelona: Paidós.