

# Autonomía Ética del Médico Frente a la Práctica de la Eutanasia en Colombia: Dilema Contemporáneo Sobre la Subrogación del Derecho a Morir Dignamente

*Ethical Autonomy of the Physician Facing the Practice of Euthanasia in Colombia: Contemporary Dilemma on the Surrogation of the Right to Die with Dignity*

Mónica Minow Cardona Rentería  
Médica y cirujana Egresada Maestría en Derecho Médico  
Universidad Santiago de Cali  
Correo: moca.09@hotmail.com  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3365-1278>

## Resumen

La eutanasia es un acto con una inconsistencia moral entre el propósito de la medicina y su uso; por ello la presente investigación busca examinar de qué manera es posible mantener el constructo histórico de la medicina como arte de curar, dentro del contexto actual del derecho a morir dignamente. Mediante la revisión de los mecanismos jurídicos, éticos y socioculturales que sobre la regulación de la eutanasia en Colombia determinan la conveniencia en la elección del tipo de eutanasia a legalizar en el país, se pretende interpretar el valor que se le otorga a la voluntad del profesional médico como actor directo,

### **Cita este capítulo / Cite this chapter**

Cardona Rentería, M. (2024). Autonomía Ética del Médico Frente a la Práctica de la Eutanasia en Colombia: Dilema Contemporáneo Sobre la Subrogación del Derecho a Morir Dignamente. En: Marín Ordoñez, J. y Rincón Andreu, G. (ed. científicos). *Retos y Perspectivas del Derecho Médico*. (pp. 77-120). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

dentro de este procedimiento, tomando como punto de referencia los países de Suiza y Canadá. Finalmente identificar si los conceptos de dignidad y autonomía del paciente, relacionados con la eutanasia, están en contravía con los principios éticos del ejercicio de la medicina en Colombia.

**Palabras clave:** Eutanasia, Dignidad Humana, Muerte Asistida, Ética médica, Autonomía.

## Abstract

Euthanasia is an act with a moral inconsistency between the purpose of the medicine and its use; For this reason, this research seeks to examine how it is possible to maintain the historical construct of medicine as the art of healing, within the current context of the right to die with dignity. By reviewing the legal, ethical and sociocultural mechanisms that determine the convenience of choosing the type of euthanasia to be legalized in the country on the regulation of euthanasia in Colombia, it is intended to interpret the value that is given to the will of the medical professional as a direct actor, within this procedure, taking as a point of reference the countries of Switzerland and Canada; finally to identify if the concepts of dignity and autonomy of the patient, related to euthanasia, are in contradiction with the ethical principles of the practice of medicine in Colombia.

**Keywords:** Euthanasia, Human Dignity, Assisted Death, Medical Ethics, Autonomy.

## Introducción

En la actual sociedad la vida se presenta como objeto de valor superior en donde comienza y termina todo, es así que la muerte constituye un acontecimiento natural que determina la culminación de la existencia de cada ser vivo, tan natural, común y frecuente como

los nacimientos masivos en el mundo, y es justamente debido a su naturalidad que como proceso cíclico en sociedad deberían existir amplios estudios y conocimientos médicos que permitieran el trato correcto del ser humano en el proceso de defunción. Sin embargo, esto no es del todo aplicado en el quehacer médico, muchos no se encuentran preparados ni psicológica, ni médicamente para manejarlo, ocasionando que su accionar en muchos casos no beneficie al paciente (Solidoro, 1999).

En la actualidad, el uso del término eutanasia está caracterizado por una amplia diversidad de significados, conduciendo a no pocas confusiones, no solo en las discusiones que se dan en el ámbito público, sino también entre los especialistas de bioética. Esta diversidad tiene su origen en la diferencia histórica que ha tenido la palabra, pero hoy en día depende también, al menos en parte, de orientaciones ideológicas. Algunos juegan con la confusión terminológica para intentar abrir una brecha en los ordenamientos jurídicos que tienen como uno de sus principios constitucionales la prohibición de acabar voluntariamente con la vida de una persona (Requena, 2012).

Se puede inferir que existe una inconsistencia moral entre el propósito de la medicina y el uso de la eutanasia, pues esta profesión busca, ante todo, preservar la vida, prevenir enfermedades, velar por la salud general de cada individuo y, a grandes rasgos, buscar el perfeccionamiento de la especie humana, mejorando significativamente los patrones colectivos de vida.

Teniendo en cuenta todo lo aquí mencionado, se analizará con sentido crítico si existen transgresiones a los principios de ética médica en relación con la aplicación de la eutanasia en Colombia, generando primero una premisa de cómo el mecanismo autorizado para dicha práctica, produce o no, una separación de los principios determinantes del ejercicio de la medicina, argumentando todo sobre varios temas centrales: el valor de la autonomía médica, la muerte digna y el derecho autónomo del paciente solicitante de la eutanasia.

Cuando se habla sobre la ética se deben hacer consideraciones alrededor de su significado, no como concepto, sino dentro de los diferentes

contextos. Rachels (2006), en su libro *Introducción a la Filosofía Moral*, habla desde un enfoque utilitarista, este autor expone que, para los utilitaristas clásicos, los estatutos que obstaculizan la eutanasia no solo son contrarias al bienestar general, sino que son limitaciones injustificadas al derecho de las personas de determinar sus propias vidas.

Expresa abiertamente la idea de permitir y emitir juicios (de ser necesario) con base a las ideas y necesidades de cada individuo. La filosofía moral es amplia y se expande a medida que se generan nuevos pensamientos y teorías; sin embargo, en el intento de alcanzar un entendimiento sistémico, se debe tener en cuenta que todo precepto moral es consecuencia de la razón y su posición requiere de la imparcialidad en promoción de un criterio complejo.

Por otra parte, en el enfoque normativo es oportuno resaltar que, en 1997, la Corte Constitucional de Colombia despenalizó el “homicidio por piedad” y exoneró al cuerpo médico de toda responsabilidad penal, siempre y cuando quien solicite esta intervención se trate de un enfermo terminal sometido a un inconmensurable dolor o agonía y que cuente con pleno uso de sus facultades.

Este procedimiento es monitoreado y garantizado por el Estado, además, solo puede realizarse por profesionales médicos capacitados. Por lo anterior, se sobreentiende que la muerte asistida bajo control médico es una acción que surge de la decisión y voluntad de una persona enferma cuya carga se interpreta en consecuencias familiares, sociales, médicas, éticas y políticas. En ese sentido, es necesario enfatizar en la Ley 23 de 1981, a partir de la cual el Congreso Nacional introdujo en el sistema jurídico un conjunto de normativas que rodean la ética relacionada con el ejercicio de la medicina (Colombia. Congreso de la República, 1981).

Arrubla (1989) esclarece que esta ley ética médica se divide en tres partes. En la primera parte, la ley de Ética Médica se preocupa por tratar pautas sobre algunos temas como lo son: el “Secreto Profesional”, la “Inseminación Artificial”, la “Dicotomía”, los problemas pertinentes

a la “historia clínica”, las situaciones que hacen referencia a la conducta del médico frente a sus colegas, como los deberes que tiene el médico para con el Estado y aquellas responsabilidades inherentes a la relación médico-paciente.

En un segundo lugar, la ley de Ética Médica instituye los Tribunales de Ética Médica, que son aquellos organismos autorizados para investigar y juzgar aquellos comportamientos incompatibles con la Ética Médica; según lo dispuesto en la Ley, en cada Departamento, Intendencia o Comisaría, deberá existir un Tribunal Seccional de Ética Médica con autoridad para conocer de los procesos éticos disciplinarios que se presenten por razón del ejercicio de la medicina dentro de su comprensión territorial; y por encima de esos Tribunales Seccionales, cumpliendo lo que en Derecho se denomina el “Principio de las Dos Intendencias”, existe el Tribunal Nacional de Ética Médica, finalizando, la ley de Ética Médica diseñará e implementará el procedimiento que se va a seguir para un proceso disciplinario, el cual en líneas generales se adelanta en un proceso penal.

Por todo lo anterior, es sabido que el derecho y la ética no suelen ir de la mano siempre, pues el derecho de una persona sobre cómo y cuándo morir se traduce a la autonomía y entra en conflicto con los valores éticos en los que se basa la medicina, los cuales tienen como objetivo la salvación y prolongación de la vida humana; conflicto que puede terminar en instancias jurídicas reflejando la dimensión ética del problema (Carrasco y Piskorz, Sf).

Es por ello que se tienen en cuenta los principios globales de la medicina sin dejar de lado los valores ni la ética personal del médico, porque si bien el médico existe para defender y proteger la vida como argumento vital para realizar sus labores, siendo esta su función principal, no es su única función, pero evidentemente es la primordial.

En Colombia es de conocimiento público que la Corte Constitucional reconoce que los médicos asumen estar dispuestos a interrumpir la vida de cualquier ser humano en caso de que se necesite; eso sin olvidar que precisamente el médico es el único ciudadano que, por su

profesión, se encuentra ética y jurídicamente impedido para ejecutarlo (Solidoro, 1999).

De acuerdo con la Asociación Médica Mundial (AMM) “la eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad” (Williams, 2005). Es pertinente mencionar también alguna de las opiniones profesionales como las del doctor José Fernando Castro Caicedo, que manifestó en su condición de defensor del pueblo que “la eutanasia es reprochable desde el punto de vista ético y moral” (Kottow, 1995).

Por tanto, la dignidad la tiene el individuo solo por el hecho de estar vivo que constituye a la dignidad de la vida, pero también está la dignidad del individuo en cuanto a su capacidad de determinar su propia autosuficiencia, esta constituye a la dignidad humana, por lo tanto, el cuidado y no discriminación representan un concepto armónico entre el médico y el Estado, comprendiendo al profesional como un actor que brinda protección a la sociedad.

De acuerdo con lo expresado y en palabras propias de la Corte “el Estado no puede oponerse a la decisión del individuo que no desea seguir viviendo y que solicita le ayuden a morir cuando sufre una enfermedad terminal que le produce dolores insoportables, incompatibles con su idea de dignidad...” (Senado, 2007).

Sin embargo, el médico sí puede oponerse e incluso, en cierta medida, pasa a ser su deber ético y jurídico, aunque este pueda resistirse a realizar esta acción por sus parámetros médicos, entiende que el paciente es digno por el hecho de que es un ser humano con vida, y esa percepción de la dignidad de la vida del paciente no se verá afectada por el motivo de que la persona decida culminar su vida, a pesar de que sí signifique una pérdida de su dignidad humana, el poseer poca o nada de su capacidad de autosuficiencia o autodeterminarse (Aparici, 2004).

La eutanasia representa un gran desafío en sociedad, encontrándose dividida entre argumentos moralistas, políticos, clínicos y legisladores; por ello, la intención de este trabajo se basa en comprender el reto médico en el que se encuentra el profesional de la salud a la hora de enfrentarse a los casos de eutanasia en Colombia, comprendiendo de manera precisa como se establece su aplicación con base a las leyes establecidas en la Constitución referentes a la eutanasia. También se profundizará en lo que implica la eutanasia en la vida de los enfermos terminales y la vía de acceso a el procedimiento, explorando sus clasificaciones y tipos.

Con la despenalización de la eutanasia en Colombia, mediante la Sentencia C-239 de 1997, la Corte Constitucional deja en un limbo ético el actuar de los galenos, mientras ejecutan un acto totalmente contrario a su razón profesional de existir. Si bien cuentan con la posibilidad de objeción de conciencia, esta herramienta aparta a unos tantos de una problemática que acosa a todo un gremio.

Es comprensible que la práctica de la eutanasia, como un deber del Estado, proteja al sujeto pasivo (paciente), salvaguardándole sus derechos fundamentales, pero se desdibujan los principios éticos contemplados en una ley que rige el actuar médico y que existe desde mucho antes que se configurara jurídicamente la eutanasia.

Comprendiendo que los lineamientos actuales de la eutanasia en este país dejan una responsabilidad mutua tanto del paciente, como del médico; si bien la eutanasia plantea una solución a lo irremediable, como lo es una enfermedad terminal, dolorosa y sin solución desde la intervención médica, donde el paciente no obtiene resultados con la terapia paliativa para tener una vida soportable, oficializarla como una práctica lícita bajo el cumplimiento de ciertos criterios –que dependen únicamente del paciente (aunque el médico es el actor directo de la misma)–, compromete la integridad de este gremio, la identidad y su misión dentro de la sociedad.

Se ingresa en un mundo de doble aceptación del rol moral y ético del médico en su día a día: el que atiende un parto con resultados favora-

bles y trae a la vida un ser humano, está acorde con su rol, empero, el médico que aplica medicamentos para detener todas las funciones vitales de su paciente, también lo está. El panorama es cruento y difícil, evidenciando la legalidad de un procedimiento que parece estar en medio de una confusión de conceptos jurídicos, éticos y humanísticos.

Con respecto al punto de vista de la sociedad, es indispensable ampliar su visión más allá del paciente mismo, como la víctima de una situación en la que todos deciden menos él. Se requiere que conozcan la problemática social, moral, ética y personal en la que está comprometido el personal de salud, quienes para el procedimiento de la eutanasia son los únicos autorizados para ejercerla, según el Protocolo para la aplicación de la Eutanasia en Colombia (Ministerio de salud, 2015).

En este orden de ideas, investigar el porqué de la eutanasia en Colombia resulta de gran importancia para concientizar y re-educar a la población acerca de este tema, derribando prejuicios, pero sobre todo exponiéndolos en un margen de respeto hacia las creencias religiosas y morales que las personas, y en especial, el personal de la salud, tienen sobre el tema.

Para el gremio de la salud, el estar al tanto de las actualizaciones en las leyes médicas, implica gran parte de su trabajo, por lo que la investigación también sirve de soporte para profesionales y futuros profesionales de la salud que necesiten conocer o ampliar su conocimiento en esta área.

Desde los resultados obtenidos, se pretende entregar un referente analítico y crítico con enfoque hacia los derechos profesionales y la sostenibilidad de los más altos preceptos éticos del ejecutor directo de la eutanasia: el médico, de quien parece haberse olvidado la jurisprudencia dentro de la práctica de la misma en Colombia.

Por último, la investigación cuenta con múltiples datos verídicos acerca de la forma de realizar el procedimiento y como se establecen en las leyes, cada uno de los datos citados debidamente y extraídos de

importantes documentos dedicados al análisis y debate de la eutanasia en Colombia. En consecuencia, a todo lo tratado entonces, surge el cuestionamiento ¿De qué manera es posible mantener el constructo histórico de la medicina como arte de curar dentro del contexto actual del derecho a morir dignamente, mediante la aplicación de la eutanasia a pacientes que lo solicitan?

Para tratar de dar respuesta a esta pregunta, se hace una revisión de los mecanismos jurídicos, éticos y socioculturales que sobre la regulación de la eutanasia en Colombia determinan la conveniencia en la elección del tipo de eutanasia a legalizar en el país, además de interpretar el valor que se le otorga a la voluntad del profesional médico en Colombia y, finalmente, identificar si los conceptos de dignidad y autonomía del paciente, relacionados con la eutanasia, están en contravía con los principios éticos establecidos dentro del ejercicio de la medicina en Colombia.

## **Metodología**

Por un lado, se parte de una metodología con enfoque hermenéutico cualitativo, para obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación o tema a tratar, en este caso, la eutanasia como dilema ético en Colombia, ahondando en los conflictos éticos en los que el médico se encuentra para realizar el acto. Por otro lado, también se utiliza una metodología descriptiva, con un análisis crítico, el cual comprende la interpretación y descomposición de lo revisado, esto sirve de punto de partida para analizar las diferentes leyes en las que se establece el modo en el que el médico debe proceder, suponiendo a la ley más allá de un limitante de sus creencias, más bien un material de apoyo del médico en la toma de su propia decisión.

La técnica estructurada de obtención de la información como instrumento de investigación se hará a través de la revisión bibliográfica de bases de datos especializadas, libros, revistas de importancia nacional y mundial sobre el tema de la eutanasia, con perspectiva en

ética médica, bioética, derechos fundamentales; así como la reglamentación de la Constitución Política, códigos, leyes, decretos y resoluciones que sustentan su práctica en Colombia; lo anterior desde varios aspectos que se consideran necesarios para desenmarañar el dilema entre lo jurídico y lo ético.

## **Determinantes en la Elección del Tipo de Eutanasia a Legalizar en Colombia**

### **Mecanismos Jurídicos, Éticos y Socioculturales Sobre la Regulación de la Eutanasia en Colombia**

La eutanasia es un tema de gran discusión en Colombia, generando múltiples debates políticos, sociales y religiosos. Existen diferentes conceptualizaciones alrededor del derecho a morir dignamente, lo cual nunca ha sido un tema fácil de tratar, donde el desconocimiento de las personas aumenta los prejuicios y el concepto general sobre este procedimiento, relacionándolo con una vulneración a los principios morales y religiosos de cada persona.

Desde la Constitución Política de 1991 se crea un escenario jurídico y político propicio para llegar al estado del arte, en lo que a eutanasia se refiere en Colombia. Primero, la inclusión de los Artículos 11 al 41 (Título II, Capítulo 1) que, en concordancia con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, garantizan y protegen desde el Estado los derechos fundamentales de los colombianos.

Segundo, la disposición de la herramienta jurídica de la acción de tutela ha facilitado a los ciudadanos reclamar de forma libre y oportuna la protección de estos derechos fundamentales descritos en la Constitución. Todo lo anterior, requeriría de un soporte para sustentar la supremacía de la Carta Magna; labor realizada por la Corte Constitucional que, además de protegerla, ha contribuido grandemente con la evolución jurídica, política, ética y cultural del país, siendo también garante de los derechos fundamentales, reafirmando la jurisprudencia en todos los temas relacionados.

Colombia, como un Estado Social de Derecho, reconoce la dignidad como una consecuencia del constitucionalismo contemporáneo, cuyo enfoque da sentido al precepto de democracia, dado que, ante la proclama de un Estado libre y democrático, el respeto y la dignidad confluyen para el establecimiento de principios políticos y morales, donde la justicia, la vida y la ética cimientan el Estado.

Por otra parte, a través de la lógica dialéctica y práctica, así como de una argumentación lógica dinámica, se permitirá que los principios de dignidad y libertad humana se encuentren comprendidos y reconocidos en la norma jurídica, para que se justifiquen éticamente los actos decisionales, considerándose como correctos y justo, de modo que se constituyan en benéficos al ser *pro homine* (López, 2014).

El concepto de dignidad de la persona en la Constitución Política de Colombia de 1991 es resultado del perfeccionamiento de un proceso histórico, en el cual la forma tradicional de comprender esta noción ha sido compleja, y se ha dado gracias a la consolidación de un constante esfuerzo intelectual y filosófico que se inicia tiempo atrás (Tamayo y Sotomayor, 2018, p. 19). Se percibe así que, históricamente, el reconocimiento de la dignidad humana era limitado a unos pocos, pero con el paso del tiempo el concepto se expande más, para generalizarse y reconocerla como principio fundante del Estado social y democrático de derecho, tal como lo ha hecho la Corte Constitucional de Colombia, lo cual implica, de una u otra forma, el reconocimiento del otro como ser digno, parte de la especie humana de una manera igualitaria e incondicional (Tobón, 2018, p. 3).

Apelando al Artículo 16 de la Constitución Política colombiana, la Corte Constitucional revalora el principio bioético de la autonomía dando a entender que cada ciudadano puede tomar decisiones sobre su cuerpo y su vida, frente a las que nadie debe inmiscuirse, obviamente con excepciones bien sustentadas dentro ley. Entonces con base en estos artículos mencionados, justifica el derecho que tiene un ciudadano a solicitar su propia muerte.

Ahora, ¿cómo es posible que se endilgue esta solicitud de muerte, soportada en un derecho autónomo de uno, para que sea realizado por

un tercero? Pues bien, para justificar esto, se considera otro principio constitucional, la solidaridad, contemplado dentro del mismo Artículo 1. El médico debe ser solidario y ayudar a otro que solicita ayuda, así, el derecho de uno se convierte en el deber de otro.

Hay otros argumentos bien interesantes que sumaron a esta sustentación a la Corte sobre la solidaridad, fueron el Artículo 95, en el cual se indica que es un deber del ciudadano “obrar conforme al principio de solidaridad social, respondiendo con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas” (Colombia. Constitución Política, 1991). Todos somos Estado, por ende, todos contribuimos al engrandecimiento del mismo. En el Artículo 49 se habla sobre el cuidado de la salud como una responsabilidad del estado y también un deber individual de cada persona.

En Colombia, la eutanasia es sancionada por el Código Penal (CPC) como un hecho punible atentatorio contra el bien jurídico de la vida, como bien supremo de todo ser humano (CPC, Art. 106), aunque la jurisprudencia la despenalizó en circunstancias específicas. A partir de la Sentencia C-239 de 1997, la Corte Constitucional declara exequible el artículo 326 del antiguo Código Penal colombiano (Decreto 100 de 1980), en una votación claramente dividida de 6 votos a favor, con 2 aclaraciones y 3 votos en contra, la corporación toma la decisión de declarar constitucional la norma, indicando, además, que desde ese momento no habría lugar a responsabilidad penal bajo tres condiciones, vale decir: primero, que el sujeto activo (paciente) sea un enfermo terminal, padezca un intenso sufrimiento y dolor; segundo, que mediara la voluntad y el consentimiento del paciente; tercero, la intervención de un médico tratante en la realización del procedimiento. Con lo dictaminado, se ocasionan las primeras confusiones sobre el tema, sumando, además, que esta jurisprudencia no había sido reglamentada por la ley.

La Corte Constitucional en Colombia decide en el año 2013 dar vía libre para aceptar la voluntad del paciente que se encuentre en estado terminal. De manera estricta se debe señalar que, entonces, el debate se centra sobre la implementación de la eutanasia, solo considerando

los casos en donde la muerte es letal e inevitable, con lo que se empieza a dar importancia al deseo del paciente, quienes dan la autorización del procedimiento (Comité del Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública [CESOP], 2007).

Antes de la creación del Derecho a Morir Dignamente, sin duda un acto relevante tuvo lugar en el Senado de la República en el año 2013, en donde un proyecto de ley pretendía aprobar la eutanasia como proceso activo en Colombia, el cual contaba con mucha expectativa para que Colombia pudiese dar, por fin, el paso a una eutanasia necesaria en la sociedad. Sin embargo, el proyecto fue firmado por 87 parlamentarios y tan solo 36 votaron el proyecto, lo cual se traduce en que el 60% de los congresistas se abstuvo de votar y, como resultado, las votaciones arrojaron 12 votos por el sí en plenaria –el 16 de mayo de 2013– y 24 por el no, resultado que llevó a Armando Benedetti, senador de la República y quien fue el ponente de la sesión, a afirmar de manera apresurada que “ la polémica ley de eutanasia en Colombia ha sido declarada muerta” a través del periódico El Tiempo. Sin duda un acto que lleva a cuestionarse si las percepciones personales de los parlamentarios prevalecen a un procedimiento de alta necesidad en nuestro país.

En el año 2014, la misma Corte Constitucional falla por medio de la Sentencia T-970, reafirmando el derecho de los ciudadanos de solicitar la eutanasia al sistema de salud. Antes de esto, pocos profesionales se habían atrevido a realizar el procedimiento; sin embargo, el doctor Gustavo Quintana fue el más conocido por realizarlo a pesar de las aparentes inconsistencias en el sistema jurídico en Colombia.

Con lo anterior, surge un contraste frente a la conceptualización del Artículo 11 de la Constitución Política de Colombia referente al derecho a la vida y la eutanasia, dado que la decisión de dicho proceso recae en la capacidad del sujeto por decidir o la limitación del derecho en sí. Si bien los derechos son irrevocables, la composición del concepto de dignidad se sobrepone desde un marco moral y ontológico, donde la decisión de la eutanasia en casos específicos se convierte en una solución más allá del derecho a la vida, siendo no una decisión

de quitar la vida, sino de reconocer la vida y su calidad que pone de manifiesto la dignidad en su estado más profundo.

El deber constitucional del Estado es proteger la vida, de acuerdo a lo consignado en los Artículos 11 y 49 de la Constitución, según los cuales se preceptúa la vida como un derecho inviolable, que aunado a la salud son objeto de cuidado obligatorio; lo que pudiera estar en contraposición con la despenalización del homicidio por piedad. Al respecto, Díaz (2017) indica que la respuesta a este cuestionamiento es no; al entender que el deber del estado de proteger la vida humana no es una obligación limitada.

El derecho a morir dignamente es algo que causa gran controversia en nuestro país, bien sea por motivos religiosos, morales o afectivos. Algunas personas ven este derecho como un homicidio por parte de quien lo aplica o como un suicidio por parte de quien decide que se le realice. La muerte debe ser considerada tan natural como la vida, por lo que se debe procurar y tener en cuenta un trato adecuado y sin prejuicios conforme a los deseos del paciente que sufre una enfermedad terminal.

Colombia, a pesar de ser declarado constitucionalmente un país laico, el Estado sigue basando sus ideales en creencias religiosas y moralistas en muchos aspectos, asemejándose así a países como España, quienes de acuerdo al Comité de Ética de la sociedad española de cuidados paliativos consideran que la eutanasia es antípoda desde el punto de vista ético, por lo que sostienen que la conservación de la vida a partir de tratamientos médicos, farmacológicos y psicológicos (cuidados paliativos) en pacientes con enfermedades terminales posibilita el ciclo de vida del enfermo y pretende mejorar su calidad de vida.

Lo anterior con ayuda de los avances científicos, médicos y tecnológicos, los cuales han realizado mejoras en la aplicación de los cuidados paliativos en las personas con enfermedades terminales. Sin embargo, y aunque se piense que estarían en contra, ellos no se oponen al deseo del paciente de rehusar los tratamientos, lo cual corresponde

al suicidio por falta de tratamiento que hace parte de los diferentes tipos de eutanasia, en este caso de modo pasivo (Delgado, 2017).

Por otro lado, entre las entidades religiosas argumentan que la aceptación, ejecución y percepción de algunas conductas es producto de la transformación social y la globalización de la información; de esta manera, con el tiempo, las implementaciones de determinadas prácticas se hacen cada vez más común, a pesar de que la eutanasia no es un procedimiento que la religión apruebe por sus preceptos morales basados en su creencia.

La formalización del derecho a morir dignamente se construyó a partir de la Sentencia T-970 de 2014 ordenada por la Corte Constitucional, la cual dio lugar a la Resolución 1216 del 20 de abril de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, donde se establecieron acuerdos para la realización y aplicación de la eutanasia en el país mediante la ejecución de comités científicos interdisciplinarios, quienes son los encargados de evaluar los casos en los cuales se haga necesario llevar a cabo el procedimiento.

El ministro de salud, Alejandro Gaviria, confirmó lo expuesto en la Sentencia T-970 de 2014 de la Corte Constitucional y, además, explicó cuáles son los requisitos para que el paciente solicite el procedimiento eutanásico. Se estableció que los pacientes en etapa terminal o personas que se encuentren en estado vegetal y sean mayores de edad podrán acceder a la eutanasia, siendo aprobado por los médicos; en el caso de estado vegetal, la persona que padece la enfermedad deberá haber especificado con anticipación su deseo de morir, se podrá acceder de forma gratuita al procedimiento en los hospitales y clínicas, y si ocurre la situación en la que los médicos en sus funciones y por derecho se nieguen a realizar el método, será obligación de la EPS de remitir al paciente a la entidad que sí pueda prestarle el servicio (Montes et al., 2015).

Lo ideal es que los hospitales y centros de salud, cuenten con los comités de ética y todos los recursos bajo una adecuada orientación normativa que tenga en cuenta esas condiciones del paciente que van

más allá de lo meramente físico para mejorar su calidad de vida, al igual que la situación de sus familiares y las probabilidades de tratamiento o paliación de su enfermedad, de modo que el estado pueda proporcionar un sistema de salud eficaz, con cobertura que cubra a todas las personas para que puedan acceder a una atención integral que garantice su vida, como primera instancia, antes que garantizar la muerte, aun sea bajo condiciones de dignidad.

Todo esto hace parte de una evolución del país en el marco de la salud y el derecho a morir dignamente. No obstante, Luis Evelio Aristizábal (2015) declara que, existen aún vacíos en la regulación de esta práctica, pues ciertas consideraciones son excluidas de la norma y se ocultan al paciente, lo cual llega a presentar brechas significativas en la sociedad, siendo que la probabilidad de que se practique la eutanasia sin acatar los requisitos exigidos por la ley sea muy alta y conlleve al ejemplo más claro de los vacíos que la práctica de la eutanasia aún tiene en el marco legal en Colombia (Aristizábal, 2015).

En este punto ya ha sido evidenciado gran parte del vacío jurídico que existe alrededor de la eutanasia en el país y esta posición genera limitantes para su práctica, aumentando el desconocimiento acerca del tema, máxime cuando se profundiza en situaciones comunes sobre los mecanismos de aplicación de la eutanasia: ¿cómo realmente se puede proceder con un paciente terminal que quiere que le sea aplicada la eutanasia y el médico o su familia se oponen a este deseo? ¿Es posible que el derecho a morir dignamente sea respetado en su totalidad en este tipo de situaciones? o ¿se considera que Colombia es un país pro-vida en donde el derecho a la vida está por encima del deseo y el derecho jurídico del paciente, llevando a cabo un tratamiento que alargue su vida sin que mejore la condición de la misma? (Guerra, 2013).

A pesar de las muchas e históricas discusiones del tan sonado exequible Artículo 106 del Código Penal Colombiano (Colombia, Congreso de la República, Ley 599 del 2000), para el año 2021 se presenta otra faena jurídica, donde la Corte se pronuncia a través de la Sentencia C-233 de 2021 sobre una demanda en contra del mismo, dando como resultado la ampliación del derecho a la eutanasia a enfermos que

padezcan lesiones corporales o enfermedades graves e incurables; y que no se encuentren en estado terminal, redefiniendo, consecuentemente, no tipificar el delito consagrado como homicidio por piedad, siempre y cuando se tome la conducta de la eutanasia en las situaciones mencionadas, para poner fin a los sufrimientos de una persona bajo las siguientes condiciones a cumplir: 1). Que la persona padezca un intenso sufrimiento físico o psíquico, a causa de lesión corporal o enfermedad grave e incurable. 2). Que el procedimiento sea llevado a cabo por un médico. 3). El consentimiento informado debe ser libre y previo o posterior al diagnóstico del sujeto pasivo del acto.

Finalmente, en Colombia llevamos en aproximadamente 24 años, 7 sentencias de la Corte Constitucional, 18 proyectos para la regulación de la muerte digna, sin una ley que soporte este derecho. Aun así, el acto eutanásico ha sido regulado administrativamente de una u otra forma. Se cuenta desde el Ministerio de Salud y Protección Social con la última Resolución 971 del 1 de 2021 que precisa las reglas que rigen el proceso para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad. Con todo lo anterior, es posible identificar que los preceptos sobre los cuales se aprobó la eutanasia en Colombia fueron jurídicos y algunos éticos, con una fuerte orientación hacia el paciente, su dignidad y autonomía de decisión.

## **Acercamiento a la interpretación del valor que se le otorga a la voluntad del profesional médico en Colombia**

### ***La Eutanasia en Colombia: una Premisa para la Jurisprudencia y el Proceder Profesional de Miembros de la Salud***

Desde un punto de vista democrático en Colombia, se parte del respeto a la dignidad humana para la distinción de aspectos concernientes a la valoración del concepto de calidad de vida, por lo que se debe lu-

char por reconocer y defender la dignidad durante la vida y la muerte. Los Estatutos Básicos establecen claramente que tienen derechos inherentes sobre seres humanos que están implícitos en ellos incluso antes de nacer (Neira y Castaño, 2019).

El derecho a morir dignamente es innegablemente un derecho inalienable e inherente al hombre, así como la muerte es inherente a la vida y a sus etapas finales. En este sentido y destinada a superar con mayor profundidad en la percepción pública de la eutanasia, como una condición socio jurídica implicando un enfoque de aplicación hacia el individuo que se encuentre en un estado de sufrimiento por un dolor indescriptible y la persona que entre sus facultades manifieste el deseo de morir (Neira y Castaño, 2019).

En Colombia, la Corte Constitucional en 1997 despenalizó la eutanasia creando la posibilidad de que quienes padecen enfermedades terminales o incurables reclamen el fin de su vida. Para la efectuación de lo anterior, autorizó los parámetros esenciales que deben tenerse en cuenta a la hora de llevar a cabo esta práctica, expresando que los puntos esenciales de este reglamento son según la Corte Constitucional en la Sentencia C-239 de 1997:

- Una comprobación realizada por personas competentes, en donde se establezca la situación real del paciente, se arrojen datos de la enfermedad que padece, así como también la madurez de la persona al tomar esta decisión y de la voluntad explícita y cierta de querer morir.
- Capacitación de toda la situación a los sujetos calificados que deban participar en el proceso.
- Circunstancias bajo las cuales la persona consiente de la muerte, pide el fin de su sufrimiento mediante su consentimiento: cómo lo expresa, a quién debe expresarlo; es decir, se debe verificar la fortaleza de su salud mental por parte de una persona competente.
- Se deben tener en cuenta las medidas que serán usadas por el sujeto calificado para realizar el procedimiento.

- Traer al proceso educativo cuestiones como el valor de la vida y su relación con la responsabilidad social, la libertad humana y la autonomía, para que la regulación penal surja como caso, en definitiva, en un proceso que pueda avanzar hacia otras soluciones.

De este modo, Colombia se convirtió en el primer país de Latinoamérica en desarrollo en legalizar regímenes activos de vida o muerte, para casos de enfermos terminales que padecen dolores intensos sin perspectivas de mejoría y que han manifestado un claro deseo de morir, incluso antes de la aparición de la enfermedad (Caesar, 2008).

Sin embargo, los lineamientos dictaminados en dicha sentencia aún permanecen casi inamovibles en los documentos normativos creados desde el Ministerios de Salud y Protección Social, con el objeto de llevar a una práctica común la realización de la eutanasia dentro del sistema de salud del país. Quedan en el tintero los procesos educativos del valor de la vida, de la autonomía y responsabilidad social al personal de salud ejecutor del procedimiento; la capacitación a los sujetos calificados para realizarlo (médicos) no ha pasado de un aprendizaje empírico que de manera casi que individual están adquiriendo unos tantos galenos, que han decidido no hacer objeción de conciencia sobre este.

Por lo que, aún persisten muchos temores al respecto debido a que la norma en salud que soportan la jurisprudencia en relación a la muerte digna, presenta limitaciones en su divulgación y conocimiento por parte del personal de salud, se adiciona la falta de soporte de guías de prácticas clínica, protocolos o procedimientos de salud que a nivel nacional e internacional validen científicamente los aspectos clínicos inmersos dentro de esta práctica.

En el año 2014, la Corte Constitucional solicitó al Ministerio de Salud y Protección Social la creación de un canal administrativo para hacer cumplir la normativa, dando origen a la Resolución No. 1216 de abril 20 de 2015, que estableció la obligatoriedad de organizar Comités Científico Interdisciplinarios para el derecho a morir dignamente en las Instituciones Prestadoras De Salud (IPS) y la Resolución 4006 del 2014, mediante la que se crea el comité interno desde el mismo Minis-

terio de salud y Protección Social, para controlar el ejercicio efectivo del derecho del paciente terminal a morir con dignidad.

A partir de aquí, se ha dado continuidad a la normativa, lo que ha comprometido la participación de todo el sistema de salud, administradores del aseguramiento, prestadores, entes de control y vigilancia, para dar cumplimiento a lo ordenado por la Corte Constitucional, hasta llegar a la actualidad, donde se logra reorganizar y actualizar todo el procedimiento y trámite para acceder al derecho a morir dignamente, en una nueva directriz contenida en la Resolución 971 del 1 de julio del 2021. Es relevante anotar que todas estas disposiciones normativas fueron creadas antes de que se hiciera la ampliación del derecho a la muerte digna a través de la eutanasia.

A partir del 22 de julio del 2021, no solamente los pacientes con enfermedad en estado terminal pueden solicitar el procedimiento, también pueden acceder aquellos que padezcan lesiones corporales o enfermedades graves e incurables que le producen intenso sufrimiento físico o psíquico (Sentencia C-233 de 2021 de la Corte Constitucional colombiana).

Lo anterior, deja en un estado muy subjetivo, con mayores confusiones, sobre a quién aceptar o no la solicitud del procedimiento y en cuáles patologías específicas puede o no realizarse; la jurisprudencia en su decisión puede tornarse demasiado amplia y difícil de especificar para el gremio de la salud. Si se toma en cuenta que el procedimiento definido en las Resoluciones ya mencionadas, está contemplado únicamente para quienes padezcan enfermedades en fase terminal, es claro que algunos conceptos no han sido concretados desde el Ministerio de Salud, por lo que las discusiones alrededor del tema siguen siendo relevantes y necesarias para asegurar que las instalaciones sanitarias respeten y cumplan a cabalidad las decisiones tomadas por el tribunal (Hurtado, 2015).

Es oportuno señalar cómo, en Colombia, se dio aplicación a los alcances de la norma citada cuando se reconoció el derecho a morir dignamente a pacientes considerados con patologías no terminales, Víctor Escobar en Cali y Martha Sepúlveda en Medellín, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y esclerosis lateral amiotrófica (ELA) respectivamente, constituyéndose en los primeros ciudadanos

en nuestro país que se le reconoce este derecho, pese a las oposiciones de cierto sector de la sociedad, atendiendo a lo rezado en la Sentencia C-233 de 2021 de la Corte Constitucional.

A través de todos los mecanismos referidos, Colombia se convierte en el primer país en desarrollo en legalizar un régimen activo de vida o muerte y la Corte Constitucional se aseguró de que en situaciones en donde los pacientes terminales que experimentan un sufrimiento extremo, aunque el Estado debe velar por la protección de la vida, puede ceder ante el reconocimiento y aplicación del consentimiento informado en el que el paciente expresa su deseo de morir dignamente, entendiendo que vivir con dignidad también recoge el morir con ella.

De acuerdo con la observancia de la Ley 393 de 1997, Ley 1437 de 2011 y 1449 de 2019, las consecuencias a los médicos tratantes dependerán del tipo de relación contractual que se tenga entre el Hospital o la EPS, con quien haya acordado su vínculo laboral, ya que tanto los efectos y las acciones buscan dar cumplimiento a una norma, pero se desarrollan de manera diferentes (Hernández, 2020, p. 88).

Así las cosas, se puede pensar que tanto los funcionarios públicos como los médicos tratantes están obligados a desarrollar sus funciones bajo el imperio de la Ley, ya que en caso contrario podrían verse responsables en lo que por acción u omisión desencadena el incumplimiento de una norma constitucional y legal, pudiendo derivarse en daños a los interesados y a su vez al sistema jurídico colombiano, ya que la inaplicación de este tipo de normas puede generar inseguridad jurídica para los pacientes que quiere acogerse al proceso de aceleración de la muerte o muerte con dignidad en la que se configura la eutanasia como expresión de dignidad humana y libertad que el Estado debe garantizar a todas las personas (Hernández, 2020, p. 89).

### ***Autonomía del profesional médico dentro de la práctica de la eutanasia***

Según lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el Protocolo para la aplicación de la eutanasia en Colombia, el procedi-

miento solo lo puede realizar un profesional médico. Así mismo, ratifica en la Resolución 971 del 2021 de la Corte Constitucional el deber que tiene el médico de realizarlo, al cual únicamente puede renunciar haciendo objeción de conciencia; con estos lineamientos normados en un protocolo, se comienza a encasillar el actuar médico, primero, porque le endilgan la responsabilidad de cumplir con el derecho del paciente, aun sea finalizar con la vida y, segundo, porque debe firmar un documento que le permita liberarse de lo ya impuesto.

De acuerdo con la Corte Constitucional, si un enfermo terminal considera que su vida debe ser terminada porque para él no es compatible con su dignidad, puede proceder en consecuencia, en ejercicio de su libertad, sin que el Estado esté facultado para resistir su desig- nio, prohibir o sancionar a un tercero para que le ayude a utilizar sus preferencias (Corte Constitucional colombiana, Sentencia C-239, de 1997).

A diferencia de lo anterior, el médico como profesional existe para defender la vida como un hecho biológico. Si bien no representa un total de sus funciones, es innegable que esta es su función básica. Dentro del campo médico, la dignidad del individuo existe por el simple hecho de estar “biológicamente vivo”; una cosa es la dignidad del individuo por el simple hecho de “vivir” lo que corresponde a la dig- nidad de la vida, y la otra es la dignidad del individuo en relación con su capacidad de autodeterminación personal, lo que se conoce como dignidad humana. El respeto y la protección del primero se aplica por igual al estado y al médico, y el respeto y la protección del segundo se aplica igualmente al estado y al individuo.

En lo establecido por la Corte, “el Estado no puede oponerse a la de- cisión del individuo que no desea seguir viviendo y que solicita le ayuden a morir cuando sufre una enfermedad terminal que le pro- duce dolores insoportables, incompatibles con su idea de dignidad...” (Corte Constitucional colombiana, Sentencia C-239, de 1997). No obs- tante, el médico sí puede oponerse y es incluso un deber ético y jurí- dico en sus funciones, por lo que se entiende que, por ser médico, este pueda presentar resistencia a realizar el procedimiento y se le permi-

te dentro de la norma expresarlo a través del documento de objeción de conciencia, el cual representa parte de esa manifestación de su autonomía profesional.

Es importante reconocer que el médico no está necesariamente obligado a mantener la vida ante cualquier situación o costo que implique medidas absurdas (Pastor, 1993), pero tampoco disponer de la vida de su paciente de la misma forma en la que el paciente, su familia o el estado quiera y pueda hacerlo. En este entendido, también el profesional de la salud es autónomo, no está obligado a realizar acciones irracionales, esto en los términos de sostener la vida; sin embargo, en lo referente a ejecutar lo contrario, no tiene autonomía, ya que la disposición final únicamente compete al dueño directo de ella, el paciente.

Se observa que el paciente dentro de todo contexto posee autonomía y libertad a la hora de decidir sobre sí; en relación a ello, en el texto “libertad profesional del médico en el nuevo contexto de la relación clínica: su delimitación desde una perspectiva constitucional”, se enmarcan las diferentes coyunturas en torno al caso de la actuación médica; por ende, González (2005) plantea que la libertad de actuación médica se ha visto ciertamente sometida a importantes cambios que derivan de dos importantes fenómenos: la inserción de la relación médico-paciente en el marco de un sistema público prestacional, lo que exige adoptar medidas que, garantizando la sostenibilidad del sistema, limitan la capacidad de decisión del profesional y la aparición del principio de autonomía del paciente.

Andraca et al. (2008) manifiesta que para hacer menos penosa y dolorosa esta última etapa de la vida, desde hace muchos años los médicos que atienden a pacientes en etapa terminal de alguna enfermedad incurable restringen su actuación e imponen en la práctica sus propios límites. Sin embargo, los límites y las acciones son muy diversos e imprecisos y los médicos actúan, y han actuado, según sus conocimientos y criterios.

Con los cambios sociales y, sobre todo, con la modernización de la ética médica, la autonomía de los pacientes ha adquirido una enorme importancia. Cada día es más común observar que se responsabilicen y participen en las decisiones vitales y no deleguen en el médico todo el compromiso de su atención; lo anterior nos lleva al escenario de que la voluntad médica, finalmente, no es más allá de la permitida en lo que a la *lex artix* concierne; significa esto que no existe tal autonomía, sino la lícita dentro de lo contemplado en los protocolos, guías de manejo médico, la ética y llega hasta donde la autonomía del paciente lo permite.

La objeción de conciencia resulta ser el mecanismo que le permite al médico hacer valer su autonomía cuando la decisión de no participar en la práctica de la eutanasia es opuesta a la autonomía del paciente que ha tomado la decisión de hacer valer su derecho a la muerte digna. Al respecto, Vanegas Carvajal (2017) plantea la objeción de conciencia como el derecho de toda persona a ser eximida del cumplimiento de un deber de carácter legal (jurídico, administrativo, judicial o contractual) que le impone acciones u omisiones que son contrarias con sus más hondas convicciones éticas, morales, religiosas y aun filosóficas (p. 6).

Vemos entonces cómo se juntan los derechos con los deberes y se controvierten dos autonomías dentro de un mismo evento; tal situación nunca debe generar de manera profunda un choque, toda vez que cada una de las partes tiene la manera de hacer valer su autonomía. La norma pone a disposición de ambas las herramientas para hacerlo, en este sentido, no hay contrariedad alguna.

### **Que Sucede al Respeto de la Eutanasia y el Profesional de la Salud en los Referentes Suiza y Canadá**

En Suiza, por ejemplo, la eutanasia es un acto penalizado; sin embargo, existe de manera legal la ayuda al suicidio, siempre y cuando esté sujeta a que se realice por motivos desinteresados. Según el Artículo 115 de la Constitución política suiza, esta aparece como solución me-

diadora entre el castigo absoluto y la represión ciega. Es, en efecto, una forma de compromiso que, aunque criminaliza el suicidio asistido en general, limita la naturaleza punible de la conducta a las acciones egoístas, es decir, cuando del suicidio asistido se obtenga algún beneficio, aunque no lo sea de naturaleza material, pero sí se produzca la satisfacción de necesidades emocionales como el odio, el desprecio o el deseo de venganza.

En comparación con el Estado de Oregón (Estados Unidos), Bélgica y los Países Bajos, en Suiza, el suicidio asistido no requiere necesariamente asistencia médica. El Ministerio Federal de Justicia del país establece que “el suicidio asistido consiste en proporcionar al paciente una sustancia letal que se auto administrará, sin intervención externa, para acabar con su vida” (Office Fédéral de la Justice, 2008). A partir del año 2004, la Academia Suiza de Ciencias Médicas ha podido admitir que un médico que tiene una relación personal con su paciente puede ejercer el suicidio asistido sobre la base de una decisión ética, individualmente y ejerciendo un respeto por la autonomía del paciente (Giraldo, 2021).

En Canadá, por su parte, de acuerdo con el artículo “La eutanasia en Canadá: una historia de advertencia”, escrito por Leiva et al. (2018), varios autores con afiliaciones médicas que estudian el tema del suicidio asistido dan a conocer que hace algún tiempo una crisis importante ocurrió dentro del organismo profesional del suicidio asistido o el EAS (sigla en inglés de Euthanasia and Assisted Suicide). Esta crisis es producto de la inconformidad o la poca empatía por parte del cuerpo médico ya que la mayor parte de los profesionales, no se sienten en confianza con esta práctica. Esto puede ser debido a la poca experiencia que existía con la eutanasia y la disposición fue limitada por médicos que apoyaron la idea de finalizar la agonía de un paciente con pronóstico terminal (Leiva et al., 2018).

En los últimos tiempos, el incremento de pacientes con pronóstico terminal que deciden tomar la opción de finalizar con su vida se eleva a un 46,8% en Canadá, generando una alarma en el segundo semestre del año donde la ley de la eutanasia asistida fue aprobada (Health Ca-

nada, 2017). Esto, en comparación con países donde es permitida la muerte asistida como Bélgica, por ejemplo, donde estas cifras no llegaron a existir ni siquiera tras concurrir 8 años de aprobación (Murphy, 2017a).

Sin embargo, durante el primer año de aprobación de la Ley en Canadá, son muchos los médicos que deciden seguir apoyando la eutanasia asistida y esta oferta de personal es vista de manera preocupante sobre el resto de la población de médicos que no están a favor de la eutanasia y que, comparativamente con los médicos que sí decidieron practicar la eutanasia, son superados numerosamente y esto, en consecuencia con que las grandes familias y personas adineradas e influyentes en Canadá no están de acuerdo con esta nueva práctica (Murphy, 2017b).

En el Código Penal de Canadá no existía anteriormente una reglamentación obligatoria donde se vean forzados los médicos a practicar el suicidio asistido beneficiando en medida a aquellos médicos que no están de acuerdo con el código y que no están dispuestos a promover o colaborar con el homicidio o suicidio (Canadá. Criminal Code, 2016). Pero, si se dictamina desde el organismo médico más importante de Canadá que los médicos que no están dispuestos a administrar personalmente el suicidio asistido, por lo menos, deben remitir a sus pacientes con médicos y colegas que apoyen directamente el derecho a la muerte voluntaria (College of Physicians and Surgeons of Ontario, 2017).

Existen situaciones donde una población minoritaria, que toma la opción de no colaborar con el suicidio asistido, se niegan igualmente de manera rotunda a que los organismos médicos sugieran tal intención de redireccionar los casos; acerca de esto, los médicos manifiestan que, al contribuir con este proceso de redireccionar un caso de suicidio asistido con otro colega, se está apoyando directamente aquello de lo que no quieren ser partícipes, justificando su decisión en una afectación moral en el personal médico y, a la vez, por no ser permitida por la sentencia Carter (Leiva et al., 2018). Estos médicos pueden llegar a ser judicializados por apoyar un delito penal que in-

clusivo puede sentenciarle a la pena de muerte por asesinato de sus pacientes y que ahora asumen múltiples sanciones al punto de negarles el permiso a ejercer su profesión médica.

La legalización del suicidio llega a ser un hecho gracias a la participación activa del personal médico frente a esta disputa, redefiniendo en gran medida la sistematización y la práctica del suicidio asistido como un acto que responsabiliza directamente al médico. Esta propuesta fue planteada frente a los legisladores de Quebec de la escuela de médicos de esta ciudad. En la propuesta, lo médicos manifiestan la preocupación de sus pacientes contemplando la posibilidad de finalizar su sufrimiento con la terminación de sus vidas, legitimando este acto como un procedimiento médico donde solamente el personal médico o los activos que participen en esta labor asumen completamente la responsabilidad y la carga moral que representa matar a un paciente (Leiva et al., 2018).

Tras la apelación por parte de la Escuela de Médicos, se logra aprobar en Quebec una ley que restringe las aprobaciones emitidas por cada médico individualizado. Esta ley cubre tanto a médicos dispuestos a practicar y promover la eutanasia, así como a los médicos que no estén dispuestos a apoyar ni practicar este procedimiento. La ley sostiene que el suicidio asistido y la eutanasia deberán estar siempre sujetos a un veredicto emitido por un profesional de la salud donde la muerte sea la única respuesta para mitigar el sufrimiento de las personas con enfermedades incurables.

Para ser independientes, ni el médico ni el enfermero que prestan la ayuda médica para morir, ni los que la emiten el veredicto de aprobación pueden: (a) estar en relación comercial entre sí, ni tener una dependencia jerárquica; (b) saber o creer que figuran como en el testamento de la persona que solicita la ayuda o, de cualquiera otra manera, ser receptores de un beneficio material, financiero o de otra naturaleza resultante de dicha muerte, fuera de la compensación normal por sus servicios relativos a la solicitud; (c) saber o creer que está conectado con el otro profesional médico o con la persona que formula la solicitud de cualquier manera que pudiera afectar su ob-

jetividad (Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente [DMD]. , 2016, p. 6).

Si bien, indiscutiblemente, para la práctica de la ayuda médica para morir (AMM), el médico, enfermero o farmacéutico, debe cumplir con una pauta mínima de acercamiento o familiaridad con la persona que apele a su decisión de muerte voluntaria –esto quiere decir que no deberán existir lazos de consanguinidad o incentivos económicos entre los practicantes–, es importante resaltar un posicionamiento ético frente a dicho acto desde el personal que practica este servicio, en virtud de su voluntad, sea a favor o en contra.

Así pues, encontramos el Código de ética médica de Núremberg de 1947 que dictamina que el personal público, en función del desempeño de su oficio, debe ejercer un juicio de valor frente a situaciones que expongan su salud mental y lo que considera como apropiado o inapropiado para la persona que esté a su cargo. Será necesario entonces imputar considerablemente una responsabilidad sobre el Código Penal que legitima la AMM, estrictamente en el margen de un control ético atribuido por el personal especializado para dicha práctica; este, dentro de sus facultades normativas y morales, debe contemplar la admisibilidad de socorrer la decisión de suicidio frente a un paciente con aprobativo para proceder (Kraus, 2015).

Con lo anterior, se puede apreciar que, en los países de Suiza y Canadá, donde es legal el suicidio asistido, hay un proceso en el que ocurre que la voluntad (autonomía) del personal médico aparece en la medida en que se da un lugar al conflicto personal y moral que se genera en el personal médico como contraparte del caso. Es decir, es una situación en la que, para llegar a los términos actuales en las decisiones de acompañamiento para el suicidio asistido, es necesario dar una escucha al personal médico como persona, antes que, como profesional, y, seguidamente, tomar una determinación para sus prácticas de acompañamiento en esta decisión.

En lo encontrado, se explica que hay un abordaje del problema desde el derecho fundamental, respetando así, la ética médica y los deseos

del paciente. La determinación última es la simple necesidad de no obligar al médico a practicar el procedimiento de la eutanasia, o de obligar al paciente a vivir cuando no esté dispuesto o no pueda hacerlo debido a alguna condición que le impida continuar su vida en sociedad, sino que, más bien la voluntad del personal médico debe combinarse con la necesidad de realizar una vigilancia óptima, en el sentido de la bioética y la naturaleza humana. Esta controvertida decisión debe hacerse desde el respeto y la calidad profesional médica, pero, sobre todo, desde la voluntad de acompañar y acoger a los pacientes que han tomado la determinación de marcharse.

## **Revisión de la Posible Contraposición entre los Principios de Muerte Digna y los Principios de la Lex Artis en la Práctica Médica.**

El siguiente apartado ahonda en los conceptos asociados con la dignidad y autonomía del paciente, en tanto este considere oportuno que tomar la decisión de aplicarla represente en sí un beneficio, por lo que se aborda el interés del paciente en función de desvelar por qué es necesario; interpretación que puede ser valorada desde una perspectiva ética y jurídica, respetando la decisión y voluntad del paciente en un contexto que lo aprueba o limita.

### **Dignidad y Autonomía del Paciente**

Hernández (2015) indica que “...la dignidad humana es presupuesto esencial de todo ser humano, que le permite razonar sobre lo que es correcto o no, pero también es indispensable para el goce del derecho a la vida” (p. 1) y no es exclusiva del sujeto pasivo; dentro de la atención en salud, hace parte de todos los individuos. Al respecto de este concepto; Rincón y Carvajal (2018) hacen énfasis en el proceso de despenalización de la eutanasia en Colombia, por principios basados en la dignidad humana con relación al derecho a decidir.

Estos autores resaltan que la Corte Constitucional basó su decisión en los principios constitucionales de dignidad humana, respeto por la autonomía y solidaridad (Rincón y Carvajal, 2018 p.137). Así entonces, la decisión tomada por el máximo tribunal le da un alto reconocimiento y valor a la dignidad humana, ya que pasa a ser determinante y garante en la definición de un derecho fundamental como lo es la muerte digna.

Al abordar estos conceptos es oportuno mencionar que términos como la eutanasia, la muerte por piedad, la asistencia al suicidio, entre otros, han sido acuñados para hacer referencia al derecho a morir dignamente (DMD en adelante) (Ávila, 2018). Esta deriva de derechos fundamentales como el desarrollo de la personalidad, como indica Nieto (2010), al expresar que este derecho “está fundado en la potestad del individuo para tomar decisiones autónomas y racionales” (p. 8), y, en consecuencia, coerce la dignidad humana, entendida esta última como “la capacidad de los individuos para determinar su vida y la manera en la que esta habrá de llevarse a cabo de manera autónoma” (Ávila, 2018, p. 8).

Entonces, en ausencia de esta autonomía, definida a través de la dignidad humana, del DMD y a partir del desarrollo de la personalidad, se configura un marco de violaciones al reconocimiento de los derechos del paciente, así como también una violación de su integridad, la cual, desde la perspectiva especial del DMD representa, *per se*, la capacidad de optar por el uso de la eutanasia.

Es pertinente destacar que, no ha de haber contravía con lo consignado en los códigos éticos de medicina, en tanto que, como expone Nieto (2010), la práctica de la eutanasia se hace efectiva toda vez que, desde esta, se garanticen principios básicos de eficacia, dignidad, voluntad y respeto. Lo que implica que dentro del tratamiento de la muerte, como parte de una vida digna, las entidades prestadoras de salud o el cuerpo médico no den lugar a las dilataciones donde se aferran a las ausencias teóricas que existen y han existido de manera legal para el procedimiento de la eutanasia, por lo que, a largo plazo, se hace evidente la necesidad de construir y mejorar jurisprudencialmente el

ejercicio de la eutanasia para el paciente basado en el cuidado preciso de su dignidad y autonomía.

Alrededor del tema, Mendoza y Herrera (2016) afirman que entender la eutanasia como una alternativa válida de muerte digna es aceptar de manera directa la pluralidad y la autonomía del paciente, entendiendo que existen diferentes formas bajo la concepción individual de morir dignamente, y si la eutanasia es una, esta decisión debe ser avalada solo en función de la decisión del paciente. Lo que presupone que, si el paciente es único y autónomo para decidir sobre su vida, al exigir la eutanasia bajo los lineamientos establecidos en la jurisprudencia, esto anula casi totalmente la autonomía del profesional de la salud sobre el particular.

La autonomía de los pacientes es importante y debe ser respetada, pero, al mismo tiempo, hay que plantear si es propio hacer lo que sea necesario para cumplirla. La simple razón de que un acto sea autónomo y quizá necesario para dignificar a un puñado de personas que solicitan la eutanasia no determina, *per se*, que este sea correcto, se adecúe a la ética de los profesionales que tienen que ejecutarla y sea exonerada del cualquier juicio.

En referencia se puede aportar la postura de la Asociación Médica Mundial (AMM), expresado así por Delgado (2017):

La eutanasia como acto de dar fin a la vida, así se lleve a cabo de manera voluntaria, va en contra de los principios éticos de la función que cumplen los médicos. Establece que la acción médica debe permanecer imparcial, dedicando sus conocimientos a la función principal que es la de velar por la salud y la vida de sus pacientes (p.231).

Finalmente, la ruta abordada vislumbra una realidad en la cual la realización de la eutanasia, o el cumplimiento del DMD, se configura, o bien se debe configurar, en función de satisfacer, además de una necesidad inminente del paciente, un marco ético de todo el contexto que abarca la dignidad humana, dentro de la normativa de atención en salud, entendiendo que ésta va más allá y comprende apartes como la libre personalidad; así como también el desarrollo de parámetros de vida digna, bajo los preceptos legislativos que los representan.

Lo anterior representa que la atención que se brinde durante todo el proceso de muerte digna debe enfocarse, no solo en el logro del fin último de la muerte, sino de un todo, una integralidad durante ese trasegar, se trata de múltiples componentes: de tener en cuenta algo más que lo meramente físico, es también lo espiritual, es el acompañamiento del paciente y su familia, es escuchar lo que quiere expresar, entender lo que desea recibir y cómo lo quiere recibir, es brindar información veraz, congruente, respetuosa, bajo todas las características de calidad definidas dentro de sistema de salud.

### ***De la Ética Médica y sus Principios al Interior de la Práctica de la Eutanasia***

Entender el concepto de la ética médica es saber que esta siempre será una evaluación jurídico-profesional en el área de la salud, que cuenta con criterios éticos especiales dispuesto desde la idea hipocrática de la vocación del servicio por la salud y el juramento adquirido como profesional en Colombia. En consecuencia, una influencia negativa en la sociedad representa un riesgo que debe ser controlado y prohibido, dado que el proceder de la medicina es el cuidado de la salud; ya que la perversión o transformación de dicho concepto ideológico profesional atenta con la vida de la sociedad.

Como lo manifiesta Peña (2012), las políticas regulatorias pueden intervenir en la definición acreditadora de los profesionales, fijar control de precios para los bienes y servicios, estipular criterios de calidad, seguridad y eficacia para los servicios de la salud y tratar cuestiones de regulación social, tales como las concernientes con la seguridad social y ocupacional.

Con la despenalización de la eutanasia en Colombia mediante la Sentencia C-239 de 1997, la Corte Constitucional deja en un limbo ético el actuar de los galenos, mientras ejecutan un acto que parece totalmente contrario a su razón profesional de existir. Si bien cuentan con la posibilidad de objeción de conciencia, esta herramienta aparta a unos tantos de una problemática que acosa a todo un gremio.

Es comprensible que la práctica de la eutanasia, como un deber del Estado, proteja al sujeto pasivo (paciente), salvaguardándole sus derechos fundamentales, pero, ¿qué pasa con los principios éticos contemplados en una ley que rige el actuar médico y que existe desde mucho antes que se configurara jurídicamente la eutanasia? Lo anterior, comprendiendo que los lineamientos actuales de eutanasia en este país dejan una responsabilidad mutua tanto del paciente, como del médico

Así pues, se puede entrar a contextualizar la controversia que existe acerca de la eutanasia en Colombia y sus puntos de vista sobre la moral y la ética, el cual fue reavivado a partir de la Sentencia T-970 de 2014. Dentro de este, resulta interesante evidenciar que las posturas alrededor se dividen e interfieren en la práctica médica. De un lado, este tema es inaceptable en virtud de la fe, pero de otro, se entiende que Colombia es una sociedad plural y multicultural donde deben darse argumentos basados de forma racional en lo filosófico y ético, generando un contexto de respeto.

Merchán (2008) sostiene que las opiniones éticas de los médicos se encuentran divididas, puesto que, para algunos expertos en ética médica la sentencia era innecesaria y el tema debió dejarse en el ámbito privado de la relación médico-paciente; de otra parte, se considera que los médicos tienen el deber de preservar la vida, por lo que aceptar la eutanasia sería una falta grave a la ética profesional.

En cuanto a la dimensión ética del profesional médico, Merchán (2008) expone en su artículo los argumentos por los cuales el médico está jurídica y éticamente impedido para matar a sus pacientes. Entre otras razones, los médicos no matan a sus pacientes porque “matar” no es un acto médico terapéutico. No restablece la salud y tampoco preserva la vida. Si el Estado quiere la eutanasia y el suicidio asistido, no hay ninguna razón constitucional que impida realizar el acto eutanásico a los familiares de los pacientes enfermos. Son ellos, y no el médico, quienes deben responder ante la sociedad y ante sus propias conciencias por dicho acto.

Las discusiones sobre la eutanasia se hacen visibles en relación con la ética, la política y el derecho, lo cual refleja un cambio en los frentes culturales, sociales y jurídicos experimentados en Colombia desde la aplicación de la Constitución Política de 1991. Gaviria (1999) comenta que, bajo el contexto constitucional, los ciudadanos están llamados a asumirse plenamente como sujetos libres, responsables de sus propias vidas, en un nuevo contexto de participación ciudadana y construcción de país. De lo anterior, se infiere que la vida del ciudadano está bajo su responsabilidad y su propia decisión moral respecto al tema en cuestión.

Para adentrarse en el entendimiento de la dignidad humana del paciente y del cuerpo médico como presupuesto esencial de todo ser humano, resulta trascendental que los procedimientos tengan en cuenta una gestión ágil y humanizada para los casos en los que los pacientes guardan la convicción de no continuar con su vida entendiendo que esto genera únicamente un sufrimiento dilatado. Por otra parte, en el caso del cuerpo médico, el hecho de asistir a una acción de eutanasia sin querer, bajo un estado que emocionalmente le hace daño, o con temores por el desconocimiento sobre la legislación o sobre el procedimiento como tal, significa para él y para el paciente un procedimiento que no es llevado en buenos términos, que puede representar una separación de la ética y buen trato que requiere la relación médico-paciente.

Con lo anterior, es imperante destacar la figura del médico desde su ética profesional y las limitantes que existen frente al paciente, puesto que, desde la práctica terapéutica del médico, su objetivo primario recae en la protección y cuidado de la vida, mas no en la muerte, por lo que el profesional médico puede considerar, desde su ética y moral, rechazar su intervención. Esto resulta evidente a la luz de la Ley 23 de 1981 que, en su Artículo 1 dispone: el ejercicio de la medicina corresponde a la actividad de cuidar la salud del hombre, por lo que, se propende la prevención de enfermedades, con el objeto de brindar una calidad de vida en el sujeto lo que ayude a la vida en colectivo de manera saludable, sin distingos de tipos social, político, racial o

religioso; es pues la atención del médico una actividad humanística (Colombia. Congreso de la República, 1981).

En consecuencia, indagar sobre el fenómeno que poco a poco es aceptado y debatido desde una mirada contemporánea sobre la dignidad y calidad de vida, la apropiación del fenómeno por cuenta de las entidades prestadoras de salud y a las leyes que se van forjando sobre la ejecución de la eutanasia, es menester tener en cuenta todas estas disposiciones que permitan mirar su accionar bajo la sencillez de ver la muerte como parte de la vida, en donde el médico entra a dar la última posibilidad para que el paciente pueda ejercer su decisión de dignificarla a través de un trato delicado, que no amenaza ni daña los principios éticos de la única profesión, que está autorizada para ejercer tal labor en este país. Es posible llegar a esa comprensión que todo hace parte del entramado de la vida misma y no de un asesinato, por las intenciones piadosas que involucra el acto de terminar con el sufrimiento causado por la enfermedad, atendiendo la necesidad de quien pide ayuda.

## **Conclusiones**

En primera instancia, al revisar los mecanismos jurídicos, éticos y socioculturales que sobre la regulación de la eutanasia en Colombia determinan la conveniencia en la elección del tipo de eutanasia a legalizar en el país, se tiene que, la aprobación y legalización del derecho a morir dignamente en Colombia ha sido un proceso lento de evolución política, ética y cultural.

La Corte Constitucional se dio la batalla de realizar un trabajo muy intelectual en cada una de las sentencias que dieron origen a la legalización de la eutanasia. Se basaron para ello en un análisis jurídico con orientación filosófica sobre cada uno de los conceptos de dignidad humana, el valor de la vida, muerte digna, autonomía del paciente, principio de solidaridad, entre otros; enfocados hacia el logro de la despenalización del homicidio por piedad y a dar sostenibilidad en el tiempo a que se cumpla todo lo ordenado, lo que ha sido una tarea

ardua, respetable, llevada de una forma muy delicada hacia la necesidad del sujeto pasivo (paciente).

Dentro de todo el trasegar jurídico ya mencionado, no se encuentra evidente la participación del gremio médico en la escogencia del método a utilizar para dar cumplimiento al derecho a la muerte digna, aun siendo estos los ejecutores directos del acto. No hay el más mínimo atisbo de que se tuviera en cuenta investigaciones o revisiones de literatura científica o el comportamiento de otros países más avanzados en el tema, donde se ha aprobado otro método menos comprometedor para la ética médica, donde no se requiere un ejecutor directo del acto, tal como sucede en el suicidio asistido; con lo que se puede colegir que el alto estamento constitucional simplemente consideró que los médicos eran los adecuados para ello y estaban preparados para asumirlo y hacerlo.

En cuanto a interpretar el valor que se le otorga a la voluntad del profesional médico en Colombia, como actor directo, dentro de la práctica de la eutanasia, tomando como punto de referencia los países de Suiza y Canadá donde es legal el suicidio asistido, se puede inferir que, en Colombia, los cambios sociales y la ética médica moderna, así como el renacimiento de los derechos de los individuos –en este caso particular de los pacientes– ha elevado a un alto nivel de importancia su autonomía y la posibilidad de decidir sobre qué quieren aceptar o no durante la prestación de los servicios de salud; al punto que en un tema tan renombrado como lo es la eutanasia, la voluntad del paciente prima sobre cualquier otra voluntad, siempre y cuando el paciente cumpla con los requisitos de ley para hacerla cumplir.

De esta manera, la autonomía médica no va más allá de la permitida dentro de su labor netamente científica y clínica. Es de aclarar que dentro de lo que puede denominarse ser autónomo en el quehacer médico, interfiere no solo la decisión del paciente, sino que se suma las disposiciones contractuales, los lineamientos internos propios de cada institución prestadora de salud y las normativas gubernamentales en salud.

La objeción de conciencia es la herramienta legal que, dentro del sistema de salud colombiano, les permite a los médicos hacer valer su autonomía cuando toman la decisión de no participar en la práctica de la eutanasia. Se entiende entonces que, en este escenario, donde se juntan los derechos y la autonomía del paciente con los deberes y la autonomía del médico, no debe crearse controversia, ya que el médico cuenta con el instrumento jurídico apropiado para apartarse del procedimiento.

En relación con las experiencias de eutanasia en los países de referencia se puede señalar que, en Canadá, no existe una reglamentación obligatoria donde se vean forzados los médicos a practicar el suicidio asistido beneficiando en medida a aquellos médicos que no están de acuerdo con el código y que no están dispuestos a promover o colaborar con el homicidio o suicidio asistido. Pero sí se dictamina desde el organismo médico más importante de Canadá que los médicos que no están dispuestos a administrar personalmente el suicidio asistido, por lo menos, deben remitir a sus pacientes con médicos y colegas que apoyen directamente el derecho a la muerte voluntaria. De esta manera es tenida en cuenta la autonomía del cuerpo médico, sin que el procedimiento sea interrumpido sino, más bien, respaldado desde la gestión humana y donde ambos –pacientes y cuerpo médico– no sean vulnerados.

El panorama penal en Canadá no parece estar mejor definido para los médicos, comparativamente con lo que ocurre en Colombia, lo que ha derivado en que en algunas poblaciones los médicos se apartan de dar conceptos de aprobación del suicidio asistido por temor a entrar en desacato del código penal y ser condenados por homicidio.

En Suiza y Canadá, donde la eutanasia se configura a través del suicidio asistido, la voluntad (autonomía) del personal médico es tenida en cuenta siempre que se suscite un conflicto personal y moral que aparte al médico de su capacidad para hacer el acompañamiento al paciente, se respeta tanto la ética médica como los deseos del paciente, significa esto que no se retrasa el procedimiento para el paciente, ni se obliga de manera alguna al médico a tomar participación

Al revisar si los conceptos de dignidad y autonomía del paciente relacionados con la eutanasia están en contravía con los principios éticos establecidos dentro del ejercicio de la medicina en Colombia, se llega a la apreciación que: la Ley 23 de 1981, sobre los principios éticos establecidos para la práctica de la medicina no está en contracorriente de lo que disponen estos dos conceptos, ya que ambos salvaguardan una relación de protección a la vida del paciente, entendiendo la muerte digna como parte de ella, que es lo que la medicina busca cuidar y defender (Colombia. Congreso de la República, 1981).

Se encuentra además que ha habido avances legales importantes en Colombia que han nacido de poner en acción la eutanasia, pero, sobre todo, nace y se desarrolla en el ejercicio de proteger los derechos humanos fundamentales, donde el paciente coloca su voz en alto y las altas instancias judiciales responden dando luz a las demandas instauradas.

Aquellas disputas han provocado, poco a poco, que se obligue a lo necesario para el logro, no solo de legalizar la práctica, sino también de estructurar los protocolos y procedimientos de la eutanasia, con lo que aparece otra mirada hacia la necesidad de morir dignamente y cómo ello está directamente relacionado con los derechos humanos protegidos desde el hacer del médico, llegando así a la plena conclusión que tanto en procurar la buena vida, como la buena muerte, se está brindando la cura, es decir, se está caminando en el mismo propósito y deber que sustenta el existir de los médicos.

La muerte digna es un derecho fundamental que, aunque complejo, goza de todas las garantías y atributos constitucionales de esa categoría, como lo dispone así la Corte Constitucional. Por ende, ir en contra de ello es atentar contra la voluntad y adentrarse en el campo del trato inhumano para con el otro que se encuentra en un estado vulnerable y solicita una ayuda determinada; el no hacerlo es la anulación de su dignidad y autonomía como ser de una sociedad.

Finalmente, el panorama general respecto de la relación entre médico y paciente se entiende como aquella en donde debe preservarse desde la comunicación y el trato humano dispuesto en los códigos de

---

ética médica, hasta el cuidado de la voluntad del paciente en uso pleno de sus facultades, especialmente, tratándose de la práctica de la eutanasia

Entonces, ante el cuestionamiento de esta investigación ¿De qué manera es posible mantener el constructo histórico de la medicina como arte de curar dentro del contexto actual del derecho a morir dignamente, mediante la aplicación de la eutanasia a pacientes que lo solicitan?

Se puede responder que es posible mantenerlo aún se presenten cambios legales en los lineamientos de atención que atañen al ejercicio médico, que parezca que atentan contra su ética y autonomía, siempre y cuando el gremio médico continúe apegado a la *lex artis*, preparándose en el conocimiento de los protocolos y guías de manejo de su correspondencia, de tal forma que las atenciones sean acertadas y pertinentes.

Brindado por encima de cualquier circunstancia jurídica, cultural, social y política de la contemporaneidad una atención respetuosa, humanizada, dentro de los altos estándares de la moral y la ética, apartándose respetuosamente de aquellas situaciones en las que no se esté de acuerdo, sin dañar y sin limitar la accesibilidad de los pacientes a los servicios que requieren.

Asimismo, hay que exigir a las entidades prestadoras de salud instalaciones con toda la infraestructura, la tecnología y talento humano idóneo para la nueva realidad de la atención en salud que se amerite según el nivel de complejidad; mejorando la capacidad resolutive, la efectividad en los procesos y el cumplimiento de las características de calidad establecidas en el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud instituidas en la norma.

Todo lo descrito, significa que mantener el constructo histórico de la medicina como arte de curar es posible, siendo un reto y una responsabilidad propia del gremio. Queda entonces una labor pendiente por apropiarse frente a un proyecto de ley estatutaria de Eutanasia a puertas de ser aprobada en Colombia.



## Bibliografía

- Andraca, R. Ochoa, M. Delgado, et al. (2008). La voluntad anticipada. Un dilema ético sustentado en una Ley vigente. *Medicina Interna de México*, 24, 353-356.
- Aparicio A. (2004). En torno al principio de la dignidad humana. *Cuadernos de Bioética*, (2), 257-282.
- Aristizabal, F. (2015). Eutanasia hoy: precisiones y dudas. *Cultura del ciudadano enfermería*, (12), 1, 83-91. <https://n9.cl/xcbrar>
- Arrubla, C. M. M. (1989). Ley 23 de febrero 18 de 1981: Normas sobre ética médica. *Revista Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, (85), 105-112.
- Ávila, E. F. O. (2018). Derecho a morir dignamente desde la perspectiva del derecho disciplinario en Colombia. *Diálogos de saberes*, (49), 43-67.
- Caesar M. (2008). Euthanasia in legal limbo in Colombia. *The Lancet*, (1).
- College of Physicians and Surgeons of Ontario. (2017). *Medical Assistance in Dying*.
- Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-239/97, 20 de mayo. (M.P. Carlos Gaviria Díaz).
- Colombia. Ministerio de Salud. (2015). Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia. <https://n9.cl/ph2enp>.
- Colombia. Ministerio de Salud. (Sf). abecé sobre la reglamentación del derecho a morir dignamente. <https://n9.cl/nz8jm>.
- Colombia. Presidencia de la República. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá: Presidencia de la República.
- Comité del Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP) (2007). *Eutanasia*.

- Delgado, E. (2017). Eutanasia en Colombia: una mirada hacia la nueva legislación. *En Justicia*, 31, 226-239.
- Díaz Amado, E. (2017). Dossier monográfico XIII congreso mundial IAB. La despenalización de la eutanasia en Colombia: contexto, bases y críticas. *Revista de Bioética y Derecho* (20), 125-140.
- Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente [DMD]. (2016). Dossier sobre la eutanasia. Traducción Ley de C-41 de Canadá. <https://n9.cl/cx9ln>.
- Gaviria, C. (1999). “Fundamentos ético-jurídicos para despenalizar el homicidio piadoso consentido”. En: 2° Congreso de Bioética de América Latina y del Caribe 1998. *Memorias*. Bogotá, Cenalbe-Fellaibe, 307-311.
- Giraldo Osorio, L. J. (2021). *Eutanasia y suicidio asistido. Razones constitucionales que justifican la ayuda a morir* (Tesis de doctorado). Universidad Externado, Bogotá. Colombia.
- González-Carbajal PM. (2005). Hipócrates, los juramentos médicos y el médico cubano en el mundo de hoy. Con una breve alusión a Esculapio. Los llamados “consejos de Esculapio”, Galeno y el símbolo de la medicina. *Universidad Virtual de Salud. Bioética y ética médica*.
- Guerra, Y. (2013). Ley, jurisprudencia y eutanasia. Introducción al estudio de la normatividad comparada a la luz del caso colombiano. *Revista Latinoamericana De Bioética*, 13, 70-85.
- Hernández, G. (2015). Jurisprudencia. Corte Constitucional. Despenalización del homicidio por piedad. *La voz del Derecho*. <https://n9.cl/yqm68>
- Hurtado M, (2015) La eutanasia en Colombia desde una perspectiva bioética, *Rev. Méd. Risaralda*, 22 (1), 49-51.
- Kraus, A. (2015). Morir con dignidad: III. El difícil camino: Eutanasia y suicidio asistido. *Nexos: Sociedad, Ciencia, Literatura*, 37, 46-49.

- 
- Leiva, R. Cottle, M. Ferrier, C. Rutledge, S. Lau, T. McQuiston, T. Scott, J. (2018). La eutanasia en Canadá: una historia de advertencia. WMA. <https://n9.cl/12fug>.
- Mendoza, J. y Herrera, L. (2016). Reflexiones acerca de la eutanasia en Colombia, *Revista Colombiana de Anestesiología*, 44 (4), 324-329.
- Merchán, J. (2008). La eutanasia no es un acto médico. *Persona y Bioética*, 12, 42-52.
- Montes, S., Leal, A. & Mahecha, J. (2015). Colombia reglamentó la eutanasia. <https://n9.cl/67r21j>.
- Murphy, S. (2017a). Euthanasia reported in Belgium: statistics compiled from the Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie Bi-annual Reports. *Protection of Conscience Project*. <https://n9.cl/kobi7>.
- Murphy, S. (2017b). Canada's Summer of Discontent: Euthanasia practitioners warn of nationwide "crisis": Shortage of euthanasia practitioners "a real problem". *Protection of Conscience Project*. <https://n9.cl/nvstj>.
- Neira Fajardo, M., & Castaño Cárdenas, G. A. (2019). *Aplicación de la eutanasia en pacientes terminales frente a la legitimidad y la percepción del entorno social caleño* (Tesis de Maestría). Universidad Santiago de Cali, Cali, Colombia.
- Nieto Laverde, A. (2010). *¿Condenados a vivir? El derecho a la muerte digna en Colombia* (Tesis de grado). Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.
- Office Fédéral de la Justice, (2008) *Assistance au décès*. <https://n9.cl/6g25i>.
- Pastor L. M. (1993) El derecho a la vida y eutanasia. *Cuadernos de Bioética número 16 octubre – diciembre* <http://aebioetica.org/revistas/1993/4/16/32.pdf>.

Proyecto de legislación estatutaria en Colombia (2006). Exposición de motivos. Proyecto de ley estatutaria 100/2006 Senado. Gaceta del Congreso, 317.

Rachels, J. (2006). Introducción a la filosofía moral. Fondo de cultura económica, México, 1-347.

Vanegas, E. (2017). Configuración del campo objetor de conciencia a la eutanasia en Colombia. *Perseitas*, 5, 309-346.