

# Perspectivas legales de la eutanasia en colombia

*Legal perspectives of euthanasia in Colombia*

*Perspectivas legais de eutanásia na Colômbia*

**Judith Patricia Beltrán Ramírez**

Abogada egresada de la Universidad Libre sede Bogotá, Especialista en Derecho Penal de la Universidad del Rosario, Especialista en Docencia Universitaria de la Universidad Libre Facultad de Ciencias de la Educación, Magister en Derecho de la Universidad Sergio Arboleda, Docente de Investigación de la Universidad Manuela Beltrán, Facultad de Derecho y Tecnología de Investigación Criminal, Bogotá. Colombia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5832-9509>. correo: [jpbr75@hotmail.com](mailto:jpbr75@hotmail.com)

**Ronald Edgardo Cuenca Tovar**

Abogado de la Universidad Santo Tomas de Bogotá, Especialista en Derecho Administrativo Universidad Javeriana de Bogotá, Master Avanzado Oficial en Ciencias Jurídicas de la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona y Doctorado en Derecho de la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona. Universidad Manuela Beltrán, Facultad de Derecho y Tecnología de Investigación Criminal, Bogotá. Colombia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0764-6093>. correo: [ronalduencatovar@hotmail.com](mailto:ronalduencatovar@hotmail.com)

FECHA RECEPCIÓN: OCTUBRE 26 DE 2018

FECHA ACEPTACIÓN: NOVIEMBRE 30 DE 2018

## Resumen

Eutanasia, homicidio eutanásico, muerte por piedad, muerte dulce, muerte digna y otras tantas descripciones semánticas para catalogar la acción que los griegos denominaron “buena muerte” (eu=bueno, thánatos=muerte), en América Latina, ha sido un tanto limitada en virtud a los diversos criterios que pueden abarcar lo legal, lo moral y lo bioético, todas un tanto afines. Analizar aspectos legales en los países latinoamericanos que permiten esta práctica de muerte digna es el objetivo fundamental de este artículo. Inicialmente se observarán aspectos legales y jurisprudenciales de Colombia para comparar posteriormente con otros países que contemplan leyes o disposiciones respecto de la eutanasia.

**Palabras clave:** Eutanasia, muerte digna, homicidio por piedad, supresión de la prolongación de la vida, Directrices anticipadas.

## Abstract

Euthanasia, eutanic homicide, death by mercy, sweet death, dignified death and many other semantic descriptions to catalog the action that the Greeks called “good death” (eu = good, Thanatos = death), in Latin America, has been somewhat limited by virtue of the various criteria that can cover the legal, moral and bioethical, all somewhat similar. Analyzing legal aspects in Latin American countries that allow this practice of dignified death is the fundamental objective of this article. Initially, legal and jurisprudential aspects of Colombia will be observed to compare later with other countries that contemplate laws or provisions regarding euthanasia.

**Keywords:** Euthanasia, dignified death, death by mercy, life extension suppression, Advance Directives.

## Resumo

A eutanásia, homicídio por eutanásia, morte por piedade, morte doce, morte digna entre outras descrições semânticas para fazer referência à ação que os gregos chamaram de “boa morte” (eu: boa, thánatos: morte), tem sido limitada na América Latina, por conta de diversos critérios legais, morais e éticos, todos eles afins. Analisar os aspectos legais nos países da América Latina, que permitem a prática de uma morte digna é o objetivo fundamental deste trabalho. No início, foram observados aspectos legais e jurídicos da Colômbia para comparar logo após com outros países que trabalham em leis relacionadas à eutanásia.

**Palavras-chave:** Morte digna, homicídio por piedade, evitar a prolongação da vida, diretrizes antecipadas.

## Introducción

Respecto de la concepción de la eutanasia, siempre se han evidenciado diversas posturas, se puede afirmar que, a partir del juramento hipocrático clásico, en el cual se establecía “Jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me soliciten, ni tomaré iniciativa alguna de este tipo...” surge la infalible oposición a la práctica de la misma, pero si observamos aspectos histórico filosóficos en la “Republica” de Platón, ya se establecía que los ciudadanos deberían estar bien constituidos en cuerpo y alma. Por lo tanto, si los cuerpos no estaban sanos, corporalmente se les dejaría morir. (Platon, s.f.). Así, la eutanasia o muerte dulce, que consistía en poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura, era practicada por motivos sociales en Esparta, Grecia, India y Mesopotamia, pero más que una eutanasia, se trataba de una eugenesia que consistía en tener en cuenta el buen origen de los seres humanos, defendiendo los rasgos hereditarios perfectos, que pretendía el aumento de personas con mejores aspectos de salud, fuerza y belleza.

A través del tiempo los juramentos hipocráticos han sido modificados, conforme a la 68ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, celebrada en Chicago en octubre de 2017, en la que se incorpora aspectos fundamentales como la autonomía del paciente y el cuidado de la salud del propio profesional; para el análisis abordado es importante una frase que complementa los principios de la ética médica: “la autonomía del paciente debe ser respetada al igual que su dignidad.

El documento en referencia incluye actualizaciones de las distintas versiones: la versión inicial del juramento prohibía la realización de eutanasia y el aborto, sin embargo, al tener en cuenta el respeto por la autonomía del paciente que no se encontraba incluida dentro de las anteriores versiones, pasa a ser considerada en la actual interpretación, atendiendo a que se debe velar con el máximo respeto por la vida humana. (Sánchez y Taype, 2018)

Sobre la historia de la eutanasia, se puede mencionar que en Grecia clásica, se consideraba a Hipócrates de Cos, el padre de la medicina. A él se le atribuye la autoría del Juramento Hipocrático, el cual ha tenido varias versiones. La historia señala que los griegos fueron los primeros en consentir el suicidio bajo algunas condiciones, ya que como se evidencia en textos de Sócrates y Platón una enfermedad dolorosa era buena razón para dejar de vivir.

En Roma y los territorios bajo su dominio, la práctica eutanásica fue múltiple. Se consideraba que el enfermo terminal que se suicidaba tenía motivos suficientes para cometer su conducta, ya que se aceptaba de manera honrosa el suicidio provocado por la impaciencia del dolor o la enfermedad.

Cicerón (106-43 A.C) enuncia, en su carta a Ático, a la eutanasia como sinónimo de muerte digna, honesta y gloriosa. Por su parte, Séneca expresó: “Es preferible quitarse la vida, a una vida sin sentido y con sufrimiento”. Entre tanto, Epiceto (50-130) predicaba la muerte como la afirmación de libre voluntad. (Fernández et al, 2001)

Durante el cristianismo, la Iglesia católica romana modificó completamente la legislación del suicidio: cualquiera que atentaría contra su propia vida no recibiría cristiana sepultura. La forma de morir era la medida del valor final de la vida, en especial para las vidas consumidas por la enfermedad y el padecimiento, con lo cual resultaba impensable recibir algún tipo de alivio compasivo. Al respecto, San Agustín afirmaba que el suicidio era algo detestable y abominable; consideraba que Dios otorgaba la vida y los sufrimientos, por tanto, debían soportarse. El suicidio era el pecado mortal por excelencia. (Bont, Dorta, Ceballos, Randazzo y Urdaneta-Carruyo, 2007)

En el renacimiento, el concepto de eutanasia adquirió un significado real y se consideró como el buen morir, siendo la muerte el último acto de vida y, por ende, había que ayudar al moribundo a través de todos los recursos disponibles para lograr la muerte con dignidad y sin sufrimiento.

La eutanasia inspiró no solo a autores como Moro o Bacon, que influenciados por el concepto de eutanasia dedicaron algunos reglones de sus escritos de forma glorificante para aquellas almas aturridas por el dolor y el sufrimiento, sino que, además, en el holocausto nazi, Adolfo Hitler dio a conocer como programa de eutanasia el sacrificio de gitanos, discapacitados física y mentalmente. En el uso nazi, eutanasia se refería a la matanza sistemática de los portadores de “vida indigna de vivir”, que estaban internados en instituciones, sin el conocimiento de sus familias.

La operación secreta era conocida como Aktion T4 y se concentró inicialmente en los recién nacidos y niños muy jóvenes, los médicos y comadronas debían registrar los niños hasta de tres años de edad que presentaban síntomas de retardo mental, deformidades físicas u otras patologías que se incluyeran en un cuestionario del Ministerio de Salud del imperio. El programa se hizo famoso y se extendió incluso a los hospitales de tratamiento de los enfermos crónicos y empezó a incluir a los niños minusválidos, mayores y adultos.

Las personas seleccionadas se conducían a los sanatorios que servían de instalaciones centrales de gaseamiento, informando a la víctima que se someterían a un proceso de evaluación física y ducha desinfectante, cuando en verdad eran asesinados con cámaras de gas. (Enciclopedia del holocausto , 2005)

Para 1941 representantes del clero denunciaban los actos del programa Aktion T4 al considerarlo un asesinato puro, lo que trajo

consigo la suspensión aparente del mismo ya que las actividades se seguían realizando de manera secreta, pues las víctimas eran asesinadas con inyección letal o sobre dosis de drogas en clínicas dispersas en Alemania y Austria, también era común observar la privación de alimentos a personas adultas e infantiles.

La organización legal de la eutanasia ha ido emergiendo durante las últimas décadas, pues se han introducido legislaciones destinadas a permitir el suicidio asistido y la eutanasia. Una de las primeras legislaciones sobre eutanasia fue en el año 2001 en Holanda, convirtiéndose en el primer país en aprobar la práctica, cada país, conforme sus valores y costumbres sociales, ha desarrollado sus propias perspectivas legales frente a la práctica eutanásica.

El presente artículo tiene como objetivos describir las características legales y jurisprudenciales existentes en Colombia sobre la eutanasia e igualmente describir aspectos de tipo legal preceptuados en países como Argentina, Uruguay y Panamá.

El documento aborda inicialmente la temática de eutanasia en Colombia desde la perspectiva legal y jurisprudencial, estableciendo aspectos legales desde 1980 descritos en el ordenamiento penal y los avances jurisprudenciales desde 1997 a través de las sentencias C-239 y T-970 de 2014 emitidas por la Corte Constitucional, la última de ellas acogida por el Ministerio de Salud y protección Social (Resolución No. 1216 de abril 20 de 2015), a efectos de estructurar el trámite para el procedimiento de implementación de la eutanasia.

La segunda parte del documento contiene un análisis de la eutanasia, desde un aspecto normativo, abarcando el análisis de tipo penal y sanitario preceptuado en países como Argentina, Uruguay y Panamá.

Desde el punto de vista del planteamiento metodológico, se advierte que el artículo es considerado de revisión, ya que se busca facilitar el acceso a la información académico-científica de actualidad, como parte de un proceso de investigación; lo que se ha realizado es una investigación de tipo cualitativo, con un alcance descriptivo-correlacional, con diseño documental atendiendo a que las fuentes de información requerida son directas tales como normatividad sanitaria y penal de los países de Argentina, Uruguay y Panamá, el rastreo de información implicó la organización, sistematización y análisis de un conjunto de documentos físicos y electrónicos sobre el tema de eutanasia en Colombia y en países como Argentina, Uruguay y Panamá, en los cuales, se evidencia dentro de su normatividad aspectos tendientes al tratamiento del homicidio por piedad, eutanasia y directrices anticipadas.

Las unidades de análisis fueron todos aquellos documentos sobre el tema encontrados en bases de datos como ProQues y Ebsco.

## Resultados

### Aspectos legales y jurisprudenciales de la eutanasia en Colombia

La eutanasia ha tenido un desarrollo especial: se ha caracterizado por ser de naturaleza subjetiva ya que interviene en el ánimo de realizar la conducta, el sentimiento de piedad. Es precisamente la condición subjetiva sustentada en el sentimiento de piedad lo que ha causado inconvenientes en el momento de demostrar la responsabilidad del sujeto activo del acto, pues la piedad puede esconder sentimientos innobles, a lo que se suma que, en términos objetivos, la conducta busca poner fin al sufrimiento intenso originado en una lesión o enfermedad grave e incurable (Beltrán, 2016).

La eutanasia es un tema legal complejo. En él confluyen variadas situaciones de tipo ético, moral y religioso, ya que la vida comprende realidades biológicas y espirituales susceptibles de protección, puede configurarse una eutanasia pasiva y otra activa: la primera implica la causa de muerte omitiendo los medios proporcionados necesarios para sostener la vida, este tipo de eutanasia se consolida desde el simple hecho de no suministrar hidratación, alimentos y medicamentos que soportan la vida biológica; la segunda compromete el hacer uso de métodos médicos reconocidos por la comunidad científica para ponerle fin a la vida, sin causar sufrimientos adicionales (Gómez y Urbano, 2004). En ambos casos se presenta la acción deliberada y encaminada a dar muerte.

En el código de 1980, en el artículo 326, se castigaba la muerte causada por piedad, estableciendo una pena de prisión de seis meses a tres años; tal artículo fue declarado inconstitucional a través de la sentencia C-239 de 1997, en la que se declara que el homicidio pidoso no es ilegal en tanto que medie la voluntad libre en petición seria del enfermo terminal o sujeto pasivo.

En el año 1997, el artículo 326 del Código Penal fue demandado por José Eurípides Parra, argumentando que la eutanasia debería ser castigada igual que cualquier caso de homicidio; sin embargo, la Corte Constitucional en esta jurisprudencia determinó que si un médico concertaba con su paciente, siendo este capaz y consiente de estar sufriendo una enfermedad incurable y bajo el padecimiento de dolores intensos, su intervención para poner fin a su existencia, el médico no podría ser condenado ya que no se le podría derivar responsabilidad por un hecho del que fue autorizado, igualmente se fundamentó que el derecho a vivir en forma digna implica también el derecho fundamental a morir dignamente.

Esta importante jurisprudencia determinó que es deber estatal proteger la vida de las personas, pero en compatibilidad con el respeto a la dignidad humana y libre desarrollo de la personalidad, desconocer la voluntad del sujeto pasivo implica imponer un trato cruel e inhumano: la tutela por la vida no es solo la preservación biológica sino el valor de la vida con dignidad. (Tocora, 2004).

La polémica sentencia estableció una causal supra legal de justificación del hecho atendiendo a que se plantea la conducta justificada del médico cuando el paciente terminal solicita su muerte digna.

Beltrán Ramírez, J.P.; Cuenca Tovar, R.E.

Conforme los casos particulares, existen circunstancias que no pueden considerarse eutanasia: por ejemplo, el hecho de que el paciente tenga muerte cerebral y se encuentre sostenido mediante soporte ventilatorio y marcapasos; si se desconecta o no se conecta. En este caso no existe intención de matar, no se configura desde lo dogmático un acortamiento de la vida (Muñoz, 1996), se habla de un derecho a vivir que no puede circunscribirse a una mera subsistencia (Toledano, 1999). En estos casos se encuentra comprometida la dignidad y la humanidad del paciente, la vida pasa a ser un aspecto biológico en el cual, si existiese una autorización previa al hecho que suscitó el estado crítico del paciente, por su parte o mediante una autorización legal, por vía de tutela se podría pensar en la eutanasia.

La situación fue ambigua ya que en julio de 2000 se promulgó un nuevo Código Penal, pero el fallo de la sentencia se omitió ya que se seguía castigando el homicidio piadoso (Elizari, 2014).

Retomando que el hecho de que una persona cuando se encuentra en estado de inconsciencia puede ser beneficiaria de la eutanasia solo si existe previamente una autorización, tal situación se asimila por vía de analogía a la autorización de la donación y trasplante de órganos, situación permitida y establecida por el artículo 6 de la ley 599 de 2000, en la cual la voluntad en estos casos para que sea válida jurídicamente debe haber sido realizada por la persona siendo mayor de edad, civilmente capaz, sin alteración de facultades mentales y formalizada mediante instrumento notarial.

Al igual que la autorización de la donación de órganos que puede ser expresada en vida a efectos de que en el futuro se realice la extracción de los mismos, exactamente puede ocurrir con la autorización de la eutanasia. Esta voluntad o consentimiento expresado en una autorización de forma escrita recibe relevancia jurídica en el artículo 2 del Decreto 1546 de 1998, la cual puede tener efectos posteriores y se consideraría una voluntad anticipada.

El consentimiento del paciente presta una vital importancia, ya que, conforme el artículo 32 numeral 2 del Código Penal, genera el eximente de responsabilidad en el médico que ejecuta la eutanasia, igualmente este consentimiento en el testamento vital emana de la Ley 73 de 1988, el cual debe estar libre de vicios como la fuerza, el dolo o el engaño.

El consentimiento informado surge del derecho de información a la que tiene el paciente sobre su propia salud, en cualquier proceso asistencial, sin embargo, debe tenerse en cuenta el derecho que le asiste al paciente de no querer ser informado: la información debe ser adecuada, comprensible para el paciente, siempre que se lleven procedimientos que conlleven riesgos relevantes para la salud, pueden ser escritos u orales.

El paciente posee un derecho a morir dignamente, tal como lo preceptúa el Ministerio de Salud en el Decálogo de los Derechos del paciente. La Resolución 13437 de noviembre 1 de 1991, en su numeral 10 del artículo 1 estipula que el paciente posee el derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga un curso natural en la fase terminal de su enfermedad, todo ello conforme a los parámetros ético-médicos existentes entre el médico y el paciente, los cuales se fundan en la voluntad y espontaneidad de las partes según lo establecido en la Ley 23 de 1981 numeral 1 artículo 5. Todo aquello contrario a la voluntad del paciente, incluso el hecho de rehusarse a un tratamiento, o auxiliarlo en contra de su voluntad, generaría que el deber médico decayera y su omisión activa estuviera dentro de lo atípico.

Conforme a lo anterior, la Corte Constitucional estimó que en una sociedad debe prevalecer el derecho autónomo del paciente a controlar su vida en el final de la misma (Fernández, 1999), esto implica la existencia del derecho de autodeterminación y el libre desarrollo de la personalidad. El deseo de no vivir o la vida no deseada como lo manifiesta Quintero (1999), se configura como un bien jurídicamente tutelado y, por lo tanto, se relativiza el valor del derecho a la disponibilidad de la propia vida (Quintero, 1999, p.44).

El derecho a disponer de la propia vida o autonomía individual entra en pugna con el criterio médico en algunas ocasiones; el equilibrio se rompe por aspectos diversos como pueden ser las diversas concepciones del derecho a la vida, los factores familiares y derivados en torno al paciente como los de tipo religioso, económicos, salvaguarda de intereses, que dificultan realmente los intereses del paciente.

La historia legal y jurisprudencial de la eutanasia continúa su curso en el transcurso de los años siguientes a la polémica sentencia de C-239 de 1997, que elevó a fundamental el derecho a morir dignamente, despenalizó la eutanasia en los casos en los que medie el consentimiento informado del paciente, lo practique un médico y el sujeto pasivo sufra una enfermedad terminal que cause sufrimiento, pero la realidad era distinta: ya bajo el influjo de constantes negaciones por parte de médicos y Entidades Prestadoras de Salud (EPS), no se respetaba el derecho a morir dignamente.

Un hecho desencadenante se constituyó en 2013 bajo el antecedente de una peticionaria en acción de tutela contra una EPS. Aducía que padecía una enfermedad terminal que comprometía gravemente sus funciones vitales, motivo por el cual solicitó en varias oportunidades a su médico tratante y a la EPS la práctica eutanásica como mecanismo de dar por terminado el sufrimiento; sin embargo, las respuestas eran negativas frente a sus peticiones ya que la Entidad Promotora de Salud, invocaba la inexistencia del mecanismo para determinar si la peticionaria sufría intensos dolores ya que estos podrían ser producto de una sensación o de una emoción y ante este hecho indeterminado de la existencia de dolor, difícilmente se podría establecer si la manifestación de su voluntad era libre e informada.

Otra de las razones que configuraba la negativa de la Entidad era la que el legislador no había expedido una Ley estatutaria en la cual se definieran los procedimientos y criterios a tener en cuenta para la aplicación de estos eventos: en la primera instancia se decidió que la inexistencia de la norma o el protocolo a seguir en circunstancias en las que se solicitara la aplicación de eutanasia, permitiría priorizar la norma constitucional existente en la que la vida es un derecho inviolable. (Artículo 11 Constitución Política).

La negatoria de la petición generó la iniciativa para interponer la acción de tutela ante la Corte Constitucional. El fallo fue emitido una vez falleció la peticionaria, sin embargo, la Corte consideró que a pesar de configurarse “carencia actual de objeto por daño consumado”, era necesario pronunciarse sobre la cuestión.

Conforme lo anteriormente expuesto, la Corte Constitucional, a fin de dar respuesta a algunos vacíos existentes, en sentencia T-970 de 2014, se pronuncia ante la negativa de la EPS a partir de la respuesta al interrogante ¿es condición indispensable la voluntad del legislador para que los derechos fundamentales tengan fuerza normativa? La respuesta es no. La ausencia de legislación no constituye una razón suficiente para negarse a practicar un proceso de eutanasia cuando esta es una obligación derivada del derecho fundamental a morir dignamente.

La sentencia explica no debe limitarse a un criterio médico el requisito de que una enfermedad cause intensos sufrimientos al paciente, puesto que esto afectaría la idea misma de autonomía y libertad de las personas, por ende, la voluntad del paciente será la que determine qué tan indigno es el sufrimiento.

En relación al consentimiento del paciente, este puede ser sustituto cuando sufra una enfermedad terminal en la que se encuentre imposibilitado para manifestar su consentimiento, en aras a no prolongar el sufrimiento del paciente, la familia puede sustituir su consentimiento.

Con respecto a la objeción de conciencia, la Corte establece que: “las convicciones personales que eventualmente puedan oponer al cumplimiento de este deber, no pueden constituirse en un obstáculo para la plena vigencia de los derechos fundamentales del paciente” (Corte Constitucional, Sentencia T-970, 2014).

Igualmente, la sentencia T-970 de 2014, realiza una estructura de cómo debería ser el procedimiento para implementar la eutanasia, el cual sería acogido por el Ministerio de Salud y Protección Social posteriormente. La Corte insiste en la exigencia de definir los trámites administrativos y los responsables institucionales de hospitales y EPS que tuvieran conocimiento de los actos de muerte asistida.

Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Resolución No. 1216 de abril 20 de 2015, en la cual se establece un protocolo para reglamentar los casos de eutanasia. En la resolución se estableció la obligatoriedad de organizar Comités-Científico Interdisciplinarios para el derecho a morir dignamente en las instituciones prestadoras de salud (IPS), que tengan habilitado el servicio de hospitalización de mediana o alta complejidad en hospitalización oncológica o en servicio de atención institucional de paciente crónico o el servicio de atención domiciliaria para paciente crónico. Las instituciones prestadoras de salud (IPS) que no cuenten con estos servicios, pero evidencien un caso concreto en el cual el paciente solicite el procedimiento de morir con dignidad, deberán informar a la Entidad Promotora de Salud (EPS) donde se encuentre afiliada la persona a efectos de garantizar el derecho.

El comité será convocado por el médico tratante del paciente terminal y estará conformado por un médico especialista de la patología que padece el paciente, distinto al médico tratante, un abogado y un psiquiatra o psicólogo clínico los cuales serán nombrados por la Institución Prestadora de Salud (IPS) (Resolución 1216, 2015), necesariamente sesionará con todos sus miembros y sus decisiones serán emitidas por la totalidad de consenso, contará con una secretaria técnica.

Los pacientes que soliciten el derecho fundamental de morir dignamente deben ser mayores de edad y padecer una enfermedad terminal. El médico tratante será quien determine las condiciones de la enfermedad del paciente y será él quien presente la solicitud ante el comité, el cual tendrá diez días de plazo para confirmar la voluntad del paciente de morir de forma asistida y quince días para aplicar el procedimiento en la fecha que el paciente lo indique.

El consentimiento debe ser expresado de manera libre, espontánea, informada e inequívoca para que se aplique el procedimiento y garantizar su derecho a morir con dignidad. El consentimiento puede ser previo a la enfermedad terminal, cuando el paciente haya previamente manifestado su voluntad; estos documentos en los que conste la voluntad anticipada o testamento vital del paciente se consideran manifestaciones válidas y deben ser respetadas. (Resolución 1216, 2015).

Cuando el médico tratante recibe la solicitud del derecho a morir dignamente, deberá reiterar o poner en conocimiento del paciente y sus familiares el derecho que tiene a recibir cuidados paliativos como tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas, según lo estipulado en la Ley 1733 de 2014.

El procedimiento eutanásico debe ser consignado en la historia clínica del paciente, la cual será remitida al Comité y a su vez este deberá enviar un documento al Ministerio de Salud y Protección Social reportando todos los hechos y condiciones que rodearon el procedimiento a fin de que el mismo realice un control exhaustivo del asunto: el ejecutar el derecho a morir dignamente, es un procedimiento gratuito y en consecuencia no puede ser facturado.

Beltrán Ramírez, J.P.; Cuenca Tovar, R.E.

Puede suscitarse el desistimiento por parte del paciente a morir dignamente en cualquier momento del proceso o en caso de existir un consentimiento sustituto, quienes estén legitimados puede tomar la decisión y podrán desistir de la misma y optar por otras alternativas.

En caso de objeción de conciencia predicable únicamente de los médicos encargados de intervenir en el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad, debe ser por escrito y debidamente motivada. El Comité ordenará a la IPS para que dentro del término de 24 horas siguientes a que se presente la objeción, se reasigne a otro médico que lo realice.

Tal como se evidencia, la sentencia T-970 de 2014, postuló a Colombia en una posición de tipo liberal frente a la eutanasia, la cual no solo estaría permitida sino que sería obligatoria a fin de permitir la libertad del espíritu humano en la última fase biológica de su existencia.

La reglamentación sobre la eutanasia a través del Ministerio de Salud en Colombia, continúa su marcha ya que conforme los preceptos de la Corte Constitucional en Sentencia T-554 de 2017, se ordena hacer efectivo el derecho a morir dignamente para menores de edad.

A través de la Resolución No. 0825 de marzo 9 de 2018, se reglamentó el procedimiento para hacer efectivo este derecho en menores de edad: solo los mayores de 14 años podrían pedir la eutanasia, quedando excluido el procedimiento para neonatos, (de 0 a 3 años), de (3 a 6 años), de (6 a 12 años), menores que presenten estados de conciencia alterados, discapacidad intelectual o con trastornos psiquiátricos que alteren el entendimiento o reflexión, ello teniendo en cuenta que el concepto de la muerte debe estar suscrita a la edad evolutiva del niño (a) o adolescente.

La toma de la decisión de los niños y adolescentes debe estar regida por aptitudes como: la capacidad de comunicar la decisión, capacidad de entendimiento, capacidad de razonar y capacidad de juicio. La expresión debe ser libre, voluntaria, informada e inequívoca.

Dentro de los criterios para garantizar el derecho a morir con dignidad en el caso de menores de edad, se hace necesaria la prevalencia del cuidado paliativo, la autonomía del paciente, la celeridad del procedimiento, imparcialidad de las personas. (Resolución No. 0825, 2018)

La eutanasia como práctica, en diversas esferas sociales y políticas, no siempre ha sido bien recibida. La evolución legal y jurisprudencial de la misma ha desencadenado varias contiendas en estos contextos, es así que para el 2015, se instauró por parte del Concejal de Bogotá Marco Fidel Ramírez, (Acción de nulidad, 2015), una acción de nulidad contra la resolución 1216 de 2015 emitida por el Ministerio de Salud y Protección social, ante el Consejo de Estado sección primera, aduciendo aspectos tales como la objeción de conciencia, y citando que el Ministerio no tendría la competencia para emitir la resolución en la que se reglamenta la muerte digna, ya que esta facultad sería exclusiva del Congreso de la República atendiendo a que de no ser así se vulneraría el literal a) del artículo 152 de la Constitución política.

Aún a la espera del fallo del Consejo de Estado, bien se puede establecer que Colombia entre los países de América Latina, se encuentra a la vanguardia constitucional en la reglamentación de la muerte digna o del derecho a morir dignamente.

## **La Eutanasia En América Latina**

Los países latinoamericanos son reacios a la legalización de la eutanasia. Esta situación se encuentra ligada a los aspectos legales, consuetudinarios, jurisprudenciales o incluso conceptuales respecto de la libertad y la dignidad de las personas en cada país.

Dentro de la visión jurídica de la eutanasia en América Latina se encuentran variantes en los países que se han interesado en virtud a la necesidad de reglamentar aspectos bioéticos relativos a la eutanasia.

A través de un análisis normativo realizado en algunos países de América latina se evidenciarán algunas características propias de cada norma a efectos de establecer las diferencias entre ellas.

## **Normatividad en Argentina**

En 1984 el código penal se reformó a través de la Ley 11.179. El literal a) del artículo 81, contempló que las circunstancias excusables que bien podría pensarse que pueden ser un sentimiento de compasión, podría ser fundamental para la realización del acto o en caso de instigar a otro a efectos de suicidarse, la pena partirá de uno a cuatro años independientemente de que se consuma o no el hecho.

Por otra parte, en el artículo 84 de la misma normatividad penal, se estableció que el que por profesión o inobservancia de reglamentos o de deberes a su cargo causará la muerte a una persona, será reprimido con prisión por cinco (5) a diez (10), lo que implicaría que, si un médico realizará un procedimiento eutanásico, se encontraría inmerso en esta sanción.

En virtud a debates públicos sobre la necesidad de morir dignamente teniendo en cuenta casos Emblemáticos dados a conocer a

la opinión pública en 2011 (Belli y Maglio, 2013), se promulga la Ley 26742 de 2012, que modificó la ley 26529 de 2009 en la cual se preceptuaba los derechos del paciente con relación a los profesionales e instituciones de salud, logrando ampliar los derechos de las personas en etapa terminal. Esta ley se concentra en la autonomía de la voluntad. La cual se permite que la persona decida si desea aceptar o no los tratamientos o procedimientos médicos sin tener que expresar los motivos de su aceptación o negación, incluso en los casos en los cuales la persona sufra una enfermedad irreversible e incurable o cuando sufra lesiones que lo lleven a estas situaciones; igualmente, admite el rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, de alimentación, de reanimación artificial, medidas de soporte vital. Al respecto, debe tenerse en cuenta que el consentimiento informado en esta legislación es indispensable, tanto, que si el paciente no puede realizarlo este recae sobre el cónyuge, hijos, padres, nietos, abuelos, curadores, parientes con afinidad hasta en segundo grado, todo ello conforme a la ley 24139 de 2012.

Por otra parte, se incluyen las llamadas directivas anticipadas que permiten que el paciente tome decisiones relevantes sobre su estado de salud o sobre tratamientos médicos de tipo preventivo o paliativo (Ley 26.742, 2012), esta práctica implica la aplicación del principio de autonomía, la cual debe siempre ir por escrito y con la presencia de dos (2) testigos.

En esta norma no se evidencia el tema relativo a la objeción de conciencia; sin embargo, se trae a colación para los profesionales de la salud que, en caso de ejecutar las disposiciones de la ley, no serán objeto de responsabilidad de tipo penal, administrativo o civil.

## Normatividad en Uruguay

En este país por su parte, la ley 18473 de 2008, se ha configurado como “ley de voluntad anticipada”, la cual no debe ser confundida con la eutanasia, ya que la disposición implica que toda persona mayor, de forma libre, espontánea y apta psíquicamente posee la facultad de oponerse a la aplicación de tratamientos y procedimientos médicos en caso de llegar a padecer un enfermedad grave e incurable, salvo que con ello afecte la salud de terceros (Ley 18.473, 2009).

La posibilidad de que el paciente se niegue a recibir un tratamiento médico que sea más gravoso para su estado mismo de salud en un estado terminal, es considerada un derecho que inicialmente se incluyó en la Ley sobre Tratamientos médicos de 1988 aprobada por el parlamento australiano de Victoria (Pollard, 1991).

Esta ley, aunque reúne aspectos legales tendientes a la defensa de la libre expresión de la voluntad de la persona, consignada en un formato de voluntad anticipada, donde incluso se establece quien en caso tal de no haber consignado su decisión puede decidir sobre sus tratamientos, dilucida vacíos tendientes a la decisión de morir o no de forma digna.

La voluntad anticipada básicamente busca proteger al paciente contra lo que se denomina el ensañamiento terapéutico que es considerado como:

El empecinamiento y obstinación terapéutica. Se considera una práctica médica basada en la aplicación de métodos extraordinarios y desproporcionados de soporte vital en enfermos terminales de las que, por el grado de deterioro órgano funcional no suministran beneficio alguno a los pacientes y simplemente prolongan innecesariamente su agonía (Arenas et al, 2011).

Lo que no implica que estén consagrados métodos eutanásicos que aceleren el fallecimiento de la persona.

Conforme Álvarez (2002), en Uruguay se permite la eutanasia pasiva, más no la eutanasia activa. Visto el Código penal uruguayo, no se evidencia de forma taxativa un precepto legal sobre la eutanasia, a pesar de que se hable de homicidio y sobre determinación o ayuda al suicidio; sin embargo, se evidencia en el artículo 37 de la normatividad penal que los jueces poseen la facultad para exonerar de castigo al autor del homicidio piadoso en caso de que posea antecedentes honorables y se encuentre actuando bajo los móviles de piedad atendiendo a las suplicas reiteradas de la víctima (Ley 9155, 1993), lo que implica que aunque no exista una legislación específica para normalizar la práctica eutanásica si es posible, desde el acápite legal, exonerar al autor del hecho mientras se encuentren presentes los requisitos para ello.

## Normatividad en Panamá

En Panamá se encuentra prevista la prohibición de la eutanasia de forma expresa en el artículo 32 de la Ley 68 de noviembre 29 de 2003, la cual fue reglamentada hasta el 2012, a través del Decreto Ejecutivo No. 1458 de noviembre 6 de 2012.

La ley 68 regula los derechos y las obligaciones de los pacientes, en relación a la información sobre los servicios a los que tienen derecho, su diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas a efecto de que el paciente pueda tomar una decisión autónoma libre e informada; el médico tratante es quién debe garantizar el cumplimiento de este derecho. Los pacientes intervenidos deben dar su consentimiento específico y libre, de forma escrita, conforme la información recibida por su médico tratante. Tal consentimiento puede ser revocado en cualquier momento.

Los pacientes en fase terminal que padezcan alguna enfermedad irreversible o incurable y se encuentren informados de forma clara y confiable de su diagnóstico, pronóstico y posibles tratamientos clínicos y quirúrgicos, pueden oponerse a la aplicación de los mismos

cuando sean desproporcionados a las perspectivas de mejoría o sean causantes de dolor o sufrimiento (Ley 68, 2003).

La declaración de la voluntad debe ser escrita y libre, sin embargo, se deben procurar todos los cuidados paliativos necesarios para suministrar al paciente la mejor calidad de vida, una vez se determine que la enfermedad es incurable e irreversible, lo cual se debe certificar a través de una junta médica y mediante la especificación de dos especialistas.

El médico especialista tratante una vez que el paciente firme la oposición al tratamiento, procederá a archivar el expediente clínico, el diagnóstico del paciente, el dictamen médico de especialistas y el original del documento escrito donde consta la oposición (Ley 68, 2003). Es de aclarar que, si el profesional interviniente en el procedimiento actúa de acuerdo con las condiciones establecidas por la ley 68 de 2003, no estará sujeto a responsabilidad civil, penal ni administrativa.

En Panamá también se consolida el “documento de voluntades Anticipadas”, el cual es realizado por una persona mayor de edad o un menor y que se dirige al médico tratante a efecto de dejar constancia del deseo previo sobre las actuaciones médicas para cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad, por medio del consentimiento informado y por el equipo médico que le asista en la situación.

Al documento de voluntad anticipada se pueden incorporar las manifestaciones procedentes para que, en caso de una situación crítica e irreversible respecto a la vida, se evite el sufrimiento con medidas paliativas, así se acorte el proceso vital, sin prolongar artificialmente la vida a través de tecnologías y tratamientos desproporcionados a efecto de atrasar irracionalmente el proceso de muerte. (Ley 68, 2003).

De igual forma, dentro de esta manifestación de voluntad, el paciente puede incorporar también su decisión de donación total o parcial de sus órganos con fines terapéuticos, docentes o de investigación. Este documento en la legislación panameña es considerado como un testamento vital, por ende, debe ser respetado por los servicios sanitarios y por el resto de personas que tengan alguna relación con el paciente. El documento debe estar formalizado ante notario, por ello no es necesaria la presencia de testigos. Si no se puede formalizar ante notario, se podrá realizar ante tres (3) testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar, dos de ellos no deben tener relación de parentesco hasta en segundo grado de consanguinidad ni estar vinculados por relación patrimonial con el otorgante.

El término “directrices anticipadas” constituye una expresión que permite referirse tanto a las decisiones manifestadas oralmente (directrices informales), como las firmadas en un documento (directrices formales). La amplitud del significado incluye tratamientos médicos, la declaración de valores y la elección de representantes que constituyen los tres tipos de directrices previas clasificados según su contenido.

Según el contenido, las directrices anticipadas pueden ser según Rodríguez (2005)

- a. Planificación anticipada de tratamientos: es una directriz en la cual el usuario declara cuáles son sus preferencias terapéuticas, incluyendo cuáles son sus preferencias terapéuticas, incluyendo el rechazo a tratamientos o cuidados específicos. (Testamento vital).
- b. Historia o historial de valores: En este documento, el usuario define sus preferencias en términos de valores, ideas generales sobre el valor de la vida y objetivos que espera alcanzar.
- c. Poder duradero de representación: Este documento es considerado una directriz en la que el usuario designa a una persona de su confianza, no necesariamente un familiar, para que reciba la información, opine o incluso sustituya al paciente en la toma de decisiones. También puede tener una forma negativa, el usuario puede designar a quién él desea que no participe en la toma de decisiones o que no reciba información.
- d. Directriz mixta o combinada: comprende varios modelos precedentes. (Rodríguez, 2005, p. 23)

Como se observa, las directrices anticipadas han ido tomando fuerza. Sus orígenes datan de 1957 cuando el papa Pío XII manifestó que no se le podía imponer en conciencia a un médico que reanimase sistemáticamente a un enfermo moribundo, que, aunque se debía proteger la vida, se debía evitar el sufrimiento de sus pacientes promoviendo la calidad de vida en los momentos en que precede la muerte (Rodríguez, 2005, p. 24).

En 1976, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, relativa a los derechos de los pacientes, afirmó que era necesario procurar a todos los pacientes un trato digno y sin encarnizamiento terapéutico. En esta asamblea se promulgó los “Derechos del paciente”, entre los que se destaca una preocupación por la muerte digna y por la limitación de la intervención médica.

Por su parte, en el Estado de California en 1976, se adoptó la “Natural Death Act”, una ley que autorizaba a todo paciente en fase terminal a decidir cuándo se debían interrumpir sus tratamientos, siendo necesario para ello que hubiera manifestado su voluntad según ciertos requisitos, este texto legal es el primero que contempla la posibilidad de rechazar tratamientos médicos.

## Normatividad en Brasil

En la legislación penal brasilera se estableció en el párrafo 1 del artículo 121 del código de 1940, que el juez tenía la facultad de

disminuir la condena del sujeto activo cuando el delito de homicidio se cometiera en razón del valor social o moral relevante, como la compasión, la misericordia (Ley 2848, 1940); así mismo se previeron circunstancias que reducían la pena. La norma en sí no regulaba la situación, por ende, no se habla directamente de la práctica eutanásica.

Brasil, en el código penal no acepta la eutanasia, pero tampoco se establece que no se pueda practicar; sin embargo, se evidencia que se pueden presentar variadas situaciones frente al hecho eutanásico, tal como inducir al sujeto que padece grave enfermedad a un suicidio, a través de varias estrategias tales como la inducción o la provocación: las acciones que induzcan deben ser certeras a efectos lograr influenciar la conciencia del sujeto pasivo, de lo contrario, no existiría un nexo causal. Por su parte, Argentina, para casos de inducción al suicidio, en el artículo 122 del Código penal plantea una pena de 2 a 6 años, la que se duplicaría si la conducta de inducción al suicidio se realizaba por un motivo egoísta, sobre un menor de edad o un discapacitado.

En Brasil en 1996 por iniciativa del senador Amapá Gilyam Borges, se generó el proyecto de ley No. 125 de 1996, a efectos de legalizar la eutanasia. Borges contemplaba la posibilidad de permitir la eutanasia siempre y cuando el paciente lo solicitará y se certificará a través de cinco médicos la inutilidad del sufrimiento físico y mental de un paciente, igualmente se contemplaba la eutanasia en casos de muerte cerebral, pero bajo la autorización de la familia; en caso de no existir familiar alguno, la autorización la emitirá la persona o médico tratante más cercano al paciente (Borges, 1996). El precitado proyecto no fue votado en virtud a que se consideró superficial e incompleto y no garantista al no establecer plazos reglamentarios ni procedimientos médicos.

## Normatividad en Bolivia

El homicidio por piedad se encuentra preceptuado por el artículo 257 del Código Penal boliviano, en el que se regula expresamente una pena de reclusión de uno a tres años para el sujeto activo que incurra en un homicidio piadoso a fin de acelerar una inminente muerte, teniendo en cuenta que la persona tiene graves padecimientos o lesiones incurables. La misma normatividad consagra para este evento piadoso un atenuante especial conforme al artículo 39 del mismo ordenamiento e incluso se establece que excepcionalmente se podría establecer el perdón judicial (Ley 10426, 1972).

Bajo esta normatividad, el derecho a la muerte digna en Bolivia no es permitida ya que se responsabiliza a los médicos tratantes por la conducta realizada o a las personas que induzcan o ayuden al suicidio del sujeto. Tal como se preceptúa en el artículo 256 del ordenamiento penal, será objeto de una pena de reclusión de dos a seis años, quien produjera lesiones. La sanción será de reclusión de uno a cinco años. Aun a pesar de la anuencia de la víctima, el médico tratante deberá responder con pena de reclusión de dos a seis años y se aumentará en un tercio si la víctima es un niño, niña o adolescente.

Al igual que en Brasil, países como Paraguay, Perú, Costa Rica, Honduras, Nicaragua y Salvador, la normatividad penal sanciona el homicidio piadoso, aminorando las penas establecidas; sin embargo, las múltiples situaciones y padecimiento de los pacientes en diversos sitios de América Latina han suscitado que se regulen a través normas emitidas por entes reguladores de salud, los derechos y los deberes de los pacientes, estableciendo que toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su autorización a efectos de someterse o no a un procedimiento o tratamiento de salud; por otro lado, se indica que las manifestaciones deben ser expresadas de forma libre, espontánea e informada, atendiendo a protocolos específicos para su validez.

## Conclusiones

El tema de la eutanasia en Latinoamérica no sigue un esquema definido ya que los matices jurídicos y morales en cada país hacen que se evidencie su prohibición, sin embargo, han tomado fuerza las directrices anticipadas que han surgido de la relación médico-paciente y que buscan que el paciente conozca su situación de salud y así mismo autoricen los procedimientos a los cuales serán sometidos al final de su vida: este nuevo modelo implica una autonomía para los pacientes.

Según (Arias, 2005), las directrices anticipadas buscan una mayor consideración de las preferencias individuales de los pacientes en relación a la forma en la que desean llegar al final de sus vidas, así mismo se espera que con estos documentos el diálogo entre paciente y médico sea más efectivo, ya que el paciente podrá tomar las decisiones conforme el pronóstico y las alternativas del tratamiento; por otra parte, el profesional de la salud tendrá conocimiento de la identidad moral del paciente, sus valores, creencias y miedos.

Estas directrices anticipadas proporcionadas por los pacientes estimulan la tendencia a la disminución significativa de denuncias por parte de los familiares de los pacientes atendiendo a las dudas frente a los procedimientos médicos realizados, así mismo las prácticas médicas fútiles dadas a los pacientes sin que se espere un beneficio, tendrán que disminuir y las tendencias legislativas frente al tema sufrirán un cambio significativo tal como se ha venido evidenciando.

La toma de decisiones anticipadas por parte de los pacientes frente a la decisión del final de sus vidas permite que los profesionales de la salud puedan descargarse del peso moral que surge de la responsabilidad de la muerte de los enfermos terminales.

El principio de autonomía por parte del paciente ha sido un logro importante en la medicina y la bioética, ya que, en el contexto final de la vida, este principio se traduce en el derecho de todo enfermo a hacer valer su propia idea de la futilidad terapéutica, significando que el paciente tiene derecho a rechazar todos aquellos tratamientos que son para él inútiles, incluso cuando de su aplicación siga su muerte.

**Tabla 1.** Aspectos relevantes de la eutanasia y homicidio por piedad en América Latina

País	Ley	Características	Diferencias con colombiana	Similitudes
Argentina	Ley 26742 de 2012	Denominada ley de muerte digna	Se encuentra constituida ley, mientras en Colombia se evidencia solo aspectos de tipo jurisprudencial y Resolución del Ministerio de Salud. Congreso no ha promulgado ley. No se evidencian aspectos referentes a la objeción de conciencia por parte de los médicos tratantes.	Se incluyen directivas anticipadas, en Colombia se les denomina erróneamente testamento vital.
Uruguay	Ley 18473 de 2008	Ley 18473 de 2008	La eutanasia es considerada ilegal. No es considerada una ley de eutanasia. Es necesario leglizar un formulario en el cual se plasma la voluntad de no querer recibir tratamiento alguno, si se hace de forma verbal debe registrarse en la historia Clínica.	Cuando exista una suspensión de tratamiento a un paciente, el médico tratante deberá informar a la Comisión de Bioética de la institución, la solicitud debe ser resuelta en un plazo de 48 horas, de no existir pronunciamiento alguno, se considera aprobada la suspensión del tratamiento. Las instituciones a su vez deberán informar de la suspensión de tratamientos a la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la atención de la salud del Ministerio de Salud Pública. Se establece la objeción de conciencia para el médico tratante.
Panamá	Ley 68 de 2003	Ley regulatoria de derechos y obligaciones de los pacientes en materia de información y decisión libre e informada.	Se evidencia una prohibición expresa de la práctica eutanasia	Los pacientes en fase terminal con alguna enfermedad irreversible o incurable, informados de forma clara y confiable de su diagnóstico y posibles tratamientos clínicos y quirúrgicos, pueden oponerse a la aplicación de los mismos, cuando sean desproporcionados a las perspectivas de mejoría o sean causantes de dolor o sufrimiento. La declaración de voluntad debe ser escrita. Se establecen cuidados paliativos.
Brasil	No se acepta la eutanasia en el Código Penal.			
Bolivia	El homicidio por piedad es penalizado, no es permitida la eutanasia.			

**Nota:** Cuadro elaborado por los autores.

Los consentimientos informados, las órdenes de no reanimación y las directrices anticipadas, materializan la evolución en la mentalidad del paciente y de los profesionales de la salud.

En América Latina, la posibilidad de prever y elegir anticipadamente los cuidados médicos al final de la vida, dependen de las características culturales, el tipo de sistema de salud de cada país y de la existencia o inexistencia de la legislación que las apoye (Sánchez, 1997, p. 238).

El éxito de la aplicación de las directrices anticipadas dependerán por regla general de la información que los pacientes reciban de su estado de salud y de las alternativas de tratamiento. La información debe ser adecuada, precisa y en tiempo adecuado, igualmente debe contener un lenguaje preciso, basado en una redacción clara, y realizando una labor interpretativa idónea para un buen entendimiento del contenido de la misma.

A través de la práctica, el uso de las directrices anticipadas ha tenido inconvenientes como lo es el de su ubicación, que implica la forma de cómo allegarlas al personal médico cuando el ingreso a la clínica u hospital sea súbito, sin que nadie comunique a los profesionales de la salud sobre la existencia del documento; para ello, una de las recomendaciones es que varias de las personas cercanas conozcan su ubicación y posean copia del mismo, o incluso crear un registro donde se inscriba a las personas que han materializado una directriz anticipada.

### **Conflicto de interés:**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

## **Referencias Bibliográficas**

1. Álvarez, I. (2002). La eutanasia voluntaria autónoma. Madrid: Editorial Dikinson.
2. Arenas, H.; Jiménez, J.; Arenas, D.; Díaz, A. y Baltazar, I. (2011). Ensañamiento terapéutico. *Cirujano general*, 33 (2), 130-134. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112e.pdf>
3. Asamblea parlamentaria del Congreso de Europa . (29 de enero de 1976). Recomendación No. 779 . relativa a los derechos de los enfermos y moribundos No. 6. Recuperado de <https://www.bioeticaweb.com/protecciasn-de-los-derechos-humanos-y-la-dignidad-de-los-enfermos-terminales-y-moribundos-25-junio-1999-de-la-asamblea-parlamentaria-del-consejo-de-europa/>
4. Belli, L. F. y Maglio, I. (2013). Alcances de la nueva legislación sobre muerte digna. *Revista Apuntes de Bioética*. (4), 212-216. Recuperado de <https://docplayer.es/13093805-Alcances-de-la-nueva-legislacion-sobre-muerte-digna.html>
5. Beltrán, J.P. (2016). Conferencia La eutanasia: diferentes miradas en torno a un problema actual. En *Aspectos legales y jurisprudenciales de la eutanasia en Colombia*. Bogotá D.C.: Universidad Manuela Beltrán.
6. Bont, M.; Dorta, K.; Ceballos, J.; Randazzo, A. y Urdaneta-Carruyo, E. (2007) Forum Comunitario - Eutanasia: una visión histórico – hermenéutica. *Comunidad y salud*, 5 (2). Recuperado de: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-32932007000200005](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932007000200005)
7. Borges, A. G. (1996). Proyecto de ley No. 125 . Buenos Aires: República Argentina
8. Corte Constitucional ( 15 de diciembre de 2014). Muerte digna. Sentencia T-970. [MP: Luis Ernesto Vargas Silva]. Recuperdo de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm>
9. Elizari, F. J. (2014). *Bioética, teología moral y sociedad*. Madrid: Pontificia Universidad Comillas.
10. Enciclopedia del holocausto . (20 de Julio de 2005). El programa eutanasia. Recuerado de: <https://encyclopedia.ushmm.org/content/es/article/euthanasia-program>
11. Fernández, E. (1999). *Dignidad Humana y Eutanasia*. En *Problemas de la Eutanasia*. Francisco Javier Ansuátegui Roig (coord.). Madrid: Dykinson
12. Fernández S.; López, E.; Pasquali, C.; Rondolindo, M. y Terragno, J. (31 de mayo de 2001). *Eutanasia: Historia y Actualidad*. [Entrada de blog]. Recuperado de <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/eutanasia-historia-y-actualidad/>
13. Gobierno Nacional República de Panamá. (29 de noviembre de 2003). *Derechos del paciente*. [Ley 68]. Gaceta Oficial Digital No. 27160
14. Gobierno Nacional República de Panamá. (9 de noviembre de 2012). Gaceta Oficial Digital No. 27160. Recuperado de [http://www.innovacion.gob.pa/descargas/Ley\\_83\\_del\\_9\\_de\\_noviembre\\_2012.pdf](http://www.innovacion.gob.pa/descargas/Ley_83_del_9_de_noviembre_2012.pdf)

Beltrán Ramírez, J.P.; Cuenca Tovar, R.E.

15. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (4 de marzo de 1993). Trasplantes de órganos y materiales anatómicos. [Ley 24.193]. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/591/texact.htm>

16. Ministerio de Salud y Protección Social . (20 de Abril de 2015). reglamenta la eutanasia y dicta las directrices para conformar los Comités Científico- Disciplinario para el Derecho a Morir Dignamente, en cumplimiento con la Sentencia T- 970 de 2014 conferida por la Corte Constitucional. [Resolución 1216]. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201216%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201216%20de%202015.pdf)

17. Ministerio de Salud y protección social. (9 de Marzo de 2018). Se reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes. [Resolución 0825]. Recuperado el 1 de Abril de 2018, de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200825%20de%202018.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200825%20de%202018.pdf)

18. Muñoz, F. (1996). Derecho Penal parte especial. 11 ed. Valencia: Tirant Lo Blanch.

19. Platón. (s.f.). La República. En Obras completas. edición de Patricio de Azcárate (Traducido en 1872). Recuperado de <http://www.filosofia.org/cla/pla/azf07061.htm>

20. Pollard, B. (1991). Eutanasia: ¿debemos matar a los enfermos terminales? Madrid: Rialp.

21. Presidencia de la República de Brasil. (7 de diciembre de 1940). Código penal. [Ley 2848]. Recuperado de [http://ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p\\_lang=es&p\\_isn=66721&p\\_country=BRA&p\\_count=1250&p\\_classification=01.04&p\\_classcount=32](http://ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=es&p_isn=66721&p_country=BRA&p_count=1250&p_classification=01.04&p_classcount=32)

22. Presidencia del Estado Plurinacional de Bolivia. (10 de marzo de 1997). Código penal boliviano. [Ley 1768]. Recuperado de [https://oig.cepal.org/sites/default/files/1997\\_cod.penal\\_bolivia\\_est.\\_plur.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/1997_cod.penal_bolivia_est._plur.pdf)

23. Quintero, G. Q. (1999). El Nuevo Derecho Penal Español. Pamplona : Aranzadi.

24. Rodríguez, D. (2005). Una muerte razonable: testamento vital y eutanasia. Madrid: Editorial Desclée de Brouwer.

25. Sánchez, J. y Taype, A. (2018). Evolución del Juramento Hipocrático: ¿qué ha cambiado y por qué? . Revista medica de Chile , 146 (12). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018001201498>

26. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (9 de Mayo de 2012). Muerte digna. [Ley 26.742]. Recuperado de [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/723\\_etica2/material/normativas/ley\\_26742\\_muerte\\_digna.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/723_etica2/material/normativas/ley_26742_muerte_digna.pdf)

27. Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay. (3 de Abril de 2009). Voluntad Anticipada. [Ley 18.473]. Recuperado de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp8283255.htm>

28. Tocora, L. F. (2004). Derecho penal Especial. Bogotá D.C.: Librería Ediciones el profesional Ltda.

29. Toledano, J. T. (1999). Límites penales a la disponibilidad de la propia vida. Debate en España. . Barcelona : Atelier Penal.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

