

Derecho a morir dignamente desde la perspectiva del derecho disciplinario en Colombia*

Right to Die with Dignity from the Perspective of Disciplinary Law in Colombia

Eliana Fernanda Ortiz Ávila**

Universidad Libre

elianita01@hotmail.com

Resumen

En Colombia, la protección jurisprudencial al derecho a morir con dignidad impuso al médico tratante nuevas responsabilidades y deberes en su ejercicio profesional, debido a la preponderancia del respeto por la dignidad, autodeterminación y autonomía de la voluntad del paciente terminal.

Establecer si estas exigencias vulneran el código deontológico médico no ha sido sencillo, pues debieron que considerarse aspectos como el principio de legalidad, la reserva de ley y la objeción de conciencia en relación con las garantías constitucionales que elevaron tal derecho a la categoría de fundamental.

Este artículo presenta un análisis normativo y jurisprudencial del cambio de paradigma del derecho a la vida como absoluto e inviolable, para relativizarlo y analizar el paso al surgimiento del derecho fundamental a morir dignamente; además, se verifican elementos objetivos y subjetivos de este derecho, para concluir en qué circunstancias se presentaría responsabilidad médica disciplinaria.

Palabras clave: derecho a morir dignamente, eutanasia, homicidio por piedad, responsabilidad disciplinaria, responsabilidad médica.

Fecha de recepción: 11 de septiembre de 2018.

Fecha de aceptación: 2 de octubre de 2018.

* Para citar este artículo: Ortiz Ávila, E. (julio-diciembre,2018). Derecho a morir dignamente desde la perspectiva del derecho disciplinario en Colombia. *Revista Diálogos de Saberes*, (49) 43-67. Universidad Libre (Bogotá). DOI: <https://doi.org/10.18041/0124-0021/dialogos.49.2018.5244>.

Este artículo es resultado del proyecto denominado “Éticas aplicadas, tecnología y sociedad de mercado: efectos sobre el derecho y el poder político”, financiado por el Centro de Investigaciones Socio jurídicas de la Universidad Libre, Facultad de Derecho (Bogotá).

** Abogada, estudiante de Maestría en Derecho Disciplinario y miembro del Grupo de Investigación “Estudios en Bioética, Ecología Humana y Ecología Política” de la Facultad de Derecho de la Universidad Libre. Correo electrónico: elianita01@hotmail.com. Identificador ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3909-4449>.

Abstract

In Colombia, case law-related protection of the right to die with dignity imposed on the treating physician new responsibilities and duties in his professional practice, given the preponderance of respect for the terminal patient's dignity, self-determination and autonomy of will.

To establish whether these requirements infringe the medical code of ethics has not been simple because aspects such as the principle of legality, legal reserve and conscientious objection were to be considered regarding constitutional guarantees, which elevated such right to the category of fundamental right.

This article presents a regulatory and case-law analysis of the paradigm shift of the right to life as absolute and inviolable, to relativize it and study the emergence of the fundamental right to die with dignity. In addition, objective and subjective elements of this right are verified to conclude in which circumstances disciplinary medical responsibility would be applicable.

Keywords: right to die with dignity, euthanasia, mercy homicide, disciplinary responsibility, medical responsibility.

Introducción

Muerte por piedad, homicidio pietístico, asistencia al suicidio, muerte anticipada o eutanasia son vocablos indebidamente homologados para referirse al derecho a morir dignamente (DMD). Si bien esta figura ha sido analizada bajo la óptica de la ética y del derecho penal, su regulación como una práctica legal que permite decidir el momento de la muerte para quien padece una enfermedad terminal es reciente.

Legislar sobre esta materia, como le corresponde a un Estado social de derecho, es competencia del Congreso de la República; no obstante, la Corte Constitucional (C. C., 1997, Sentencia C-239) se anticipó a establecer ciertas circunstancias que podrían estar exentas de responsabilidad.

Así mismo, el Estado colombiano le impuso al Ministerio de Salud y Protección Social (en adelante "Ministerio") la obligación de regular

el derecho a morir con dignidad mediante la expedición de un protocolo médico y directrices para atender los casos de muerte anticipada (C. C., 2014, Sentencia T-970).

El propósito de esta investigación es analizar las normas disciplinarias aplicables en Colombia al médico que interviene o se abstiene de hacer el procedimiento de la eutanasia; asimismo, se examina la jurisprudencia vigente para identificar sus elementos y así establecer si existe incompatibilidad con el ejercicio médico profesional habitual.

Planteamiento del problema y metodología

A fin de determinar en cuáles circunstancias sería imponible imponer una sanción disciplinaria al profesional médico que interviene o se abstiene de hacer el procedimiento de eutanasia o en qué casos habría ausencia de responsabilidad disciplinaria, se aplicó una

metodología cualitativa con un enfoque analítico que partió del estudio de la Constitución Política, las normas internacionales aplicables en Colombia, las leyes sobre la materia, jurisprudencia y la resolución de casos judiciales, hasta llegar al Código de Ética Médica, para al final proponer conclusiones propias.

Hacia el reconocimiento del derecho a morir con dignidad

Colombia, país de contrastes y donde a diario suceden violaciones a los derechos humanos, es a su vez uno de los pioneros en materia de reconocimiento y protección al derecho fundamental a morir con dignidad (DMD); esto, gracias a un camino que comenzó con el desarrollo jurisprudencial derivado de la promulgación de la Constitución Política de 1991.

Ha sido la Corte Constitucional la que, a través de sus sentencias, ha realizado la importancia de proteger los derechos inalienables de la persona humana, como la vida, la dignidad, la libertad, el libre desarrollo de la personalidad y la autonomía, entre otros, basados claramente en los principios constitucionales y de índole internacional, hasta llegar a la defensa del DMD en determinadas circunstancias.

En 1993, a través de la revisión de un caso judicial, se amparó la voluntad de una mujer a no acceder a un tratamiento médico, señalando que

el derecho al libre desarrollo de la personalidad consiste en la libertad general que, en aras de su plena realización humana, tiene toda persona para actuar o no actuar según su arbitrio, es decir, para adoptar la forma y desarrollo de vida que más se

ajuste a sus ideas, sentimientos, tendencias y aspiraciones, sin más restricciones que las que imponen los derechos ajenos y el ordenamiento jurídico. (C. C., 1993, Sentencia T-493)

Aun cuando no se refiere al DMD, sí protege los derechos al libre desarrollo de la personalidad y a la autonomía frente a las decisiones que involucran el propio ser, la propia salud y la propia vida.

Al declarar ajustado a la Constitución el artículo 326¹ del Decreto 100 de 1980 del Código Penal, la Corte Constitucional, mediante la providencia hito (C. C., 1997, Sentencia C-239), en un polémico fallo, no solo declaró la exequibilidad de la norma demandada, sino que adicionalmente introdujo una causal eximente de responsabilidad del ilícito penal cuando se presentaran ciertos eventos, con lo que dio los primeros pasos para la despenalización de la eutanasia en Colombia:

Declarar EXEQUIBLE el artículo 326 del decreto 100 de 1980 (Código Penal), con la advertencia de que en el caso de los enfermos terminales en que concurra la voluntad libre del sujeto pasivo del acto, no podrá derivarse responsabilidad para el médico autor, pues la conducta está justificada. (C. C., 1997, Sentencia C-239)

Para declarar esta causal eximente, la Corte delimitó algunas categorías ontológicas, como los derechos a la vida, a la dignidad

¹ El artículo 326 del Código Penal definía el homicidio por piedad y su respectiva pena así: “El que matare a otro por piedad, para poner fin a sus intensos sufrimientos provenientes de la lesión corporal o enfermedad grave o incurable, incurrirá en prisión de seis (6) meses a tres (3) años”.

humana, a decidir sobre la propia vida, a morir dignamente, a la autonomía de la voluntad, a la autodeterminación y a la libertad individual; además, relativizó el derecho a la vida y le dio el carácter de fundamental al derecho a morir dignamente (DFMD).

Diecisiete años más tarde, se reiteró el alcance y contenido del DMD, como el derecho a los cuidados paliativos, y se enfrentó la discusión sobre el carácter fundamental del derecho a morir, integrándolo al derecho a la vida (C. C., 2014, Sentencia T-970).

La Corte Constitucional le ordenó al Ministerio de Salud emitir una directriz con el fin de disponer todo lo necesario para que los hospitales, las clínicas, las IPS, las EPS y, en general, las instituciones prestadoras del servicio de salud conformaran Comités Científicos Interdisciplinarios (CCI) encaminados a atender las peticiones de eutanasia de los pacientes que la requirieran. También ordenó establecer un protocolo médico que sirviera de referente para los procedimientos tendientes a garantizar el DMD y exhortó al Congreso de la República a regular el DFMD bajo los presupuestos y criterios establecidos.

De allí surgió el Protocolo para la Aplicación del Procedimiento de la Eutanasia en Colombia (en adelante “Protocolo”) (Ministerio de Salud y Seguridad Social, 2015), que recoge la opinión de expertos que recomiendan, bajo su criterio, el método más eficaz para llevar a cabo el procedimiento.

Este Protocolo define al enfermo terminal, salvo excepciones que el mismo Protocolo determina, como

aquel paciente con una enfermedad medicamente comprobada avanzada,

progresiva, incontrolable que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico-psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a 6 meses. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

Igualmente, el Protocolo precisa que el médico tratante debe ceñirse al procedimiento que le garantice al paciente sus derechos, esto es, que determine la condición médica del enfermo, evalúe su escala de sufrimiento, precise la inexistencia de alternativas médicas o la imposibilidad de mejora, informe al paciente su condición real y, en el momento en que este manifieste su voluntad de acceder al procedimiento de eutanasia, confirme la reiteración de su consentimiento, ponga estos hechos en conocimiento del CCI y aplique, finalmente, el medicamento letal.

Además, el Ministerio expidió la Resolución 1216 de 2015, que fija directrices para la organización y el funcionamiento de los CCI, y la Resolución 4006 de 2016, que creó el comité interno del Ministerio para hacer seguimiento a los casos reportados.

Los CCI están integrados por profesionales de tres disciplinas: un médico de la misma especialidad de la patología por la cual el paciente solicita que le sea aplicado el procedimiento eutanásico, un psicólogo o psiquiatra clínico y un abogado que no sean objetores de conciencia. Estos tres profesionales deberán velar por el cumplimiento de los requisitos y el procedimiento señalados anteriormente, así como por la protección del DMD del paciente.

Lo anterior, aunado a la Ley 1733 de 2014, o Ley Consuelo Devis Saavedra, “mediante

la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida”, ha permitido avanzar en la protección a los derechos de quien decide contar con alternativas diversas al intenso sufrimiento.

En el año 2017, la Corte Constitucional (Sentencia T-544), en instancia de revisión de la acción de tutela interpuesta para el amparo del DFMD de una persona menor de edad, en una decisión sin precedentes consideró que es necesario extender la regulación a los niños, niñas y adolescentes (NNA), teniendo en cuenta sus características especiales.

Para ello, la Corte le ordenó al Ministerio disponer lo necesario para que los prestadores del servicio de salud cuenten con comités especializados en NNA, en aras de garantizar su derecho a una muerte digna; esto incluía la participación de expertos en este grupo poblacional y un protocolo específico para menores. Igualmente, el Ministerio debía hacer uso de su iniciativa legislativa para presentar al Congreso, dentro del año siguiente, un proyecto de ley sobre la materia. De igual forma, la Corte exhortó nuevamente al Congreso para que en el perentorio término de dos años emitiera la regulación pertinente.

Así, se expidió la Resolución 00825 del 9 de marzo de 2018 “por medio de la cual se reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes”, en la que se incluyeron aspectos pedagógicos o ilustrativos y se conjugaron disposiciones del Código de la Infancia y la Adolescencia, o Ley 1098 de 2006, con criterios ontológicos, considerando que

todo niño, niña o adolescente que presente una condición que limita su vida o la amenaza, independientemente de su pertenencia étnica, religión, edad, género, deberá tener acceso a un cuidado paliativo sostenible, holístico, centrado en la familia, de alta calidad, así como todo el soporte que se requiera para ofrecerlo, por lo cual, la prestación de los cuidados paliativos para ellos y ellas es una condición necesaria e imprescindible para acceder a otras alternativas de muerte digna como la anticipación de la muerte.

Aun cuando la legislación colombiana no confiere capacidad jurídica plena a los menores de dieciocho años, esta Resolución otorga valor a la toma de decisiones de los niños, niñas y adolescentes en el ámbito médico siempre y cuando se presenten aptitudes como la capacidad de comunicar una decisión, capacidad de entendimiento, capacidad de razonar y capacidad de juicio; esto excluye a los recién nacidos, la primera infancia y a los niños de seis a doce años (eventualmente), con alteración de conciencia, con discapacidades intelectuales o con trastornos psíquicos para emitir un juicio reflexivo.

Quienes ejercen la patria potestad de los menores tendrán en cuenta sus intereses superiores, y la concurrencia de su consentimiento será obligatoria para el sector etario de seis a catorce años, mas no para los adolescentes que superen dicha barrera. De igual manera, se da valor al consentimiento sustituto del menor, realizado por quien ejerza su patria potestad, siempre y cuando lo haya manifestado expresamente en las condiciones que señala la norma, pero se encuentre en imposibilidad de reiterarlo en el momento de la práctica eutanásica.

No obstante, ninguno de estos referentes normativos se refiere de manera expresa a la responsabilidad disciplinaria del médico, ya que se hace alusión solamente a su derecho de objetar conciencia, sin pronunciarse de fondo sobre las consecuencias de sus actos positivos u omisivos.

La Ley 23 de 1981, o Código de Ética Médica, expedida en vigencia de la Constitución Nacional de 1886, señala al médico de manera preponderante y expresa el respeto por la vida y la salud del paciente; así mismo, señala que la cronicidad o incurabilidad de la enfermedad no constituye un motivo para que el médico prive de asistencia a un paciente, con lo que se preverá que cumplirá a cabalidad sus deberes profesionales y administrativos.

En síntesis, en Colombia no ha sido el Congreso de la República —pese a la existencia de varios proyectos de ley sobre la materia²— el que ha abordado la regulación del DFMD, sino la Corte Constitucional, mediante decisiones jurisdiccionales, bien por vía de exequibilidad (sentencias C-239/97, C-355/06, C-233/14 y C-237/16) o por vía de revisión de fallos de tutela

² Han sido presentados varios proyectos de ley que no han superado el tránsito legislativo; algunos de estos son: 1) Senado 30/15, “por la cual se reglamentan las prácticas de la eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia y se dictan otras disposiciones”; 2) Senado 117/14, “por la cual se reglamentan las prácticas de la eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia y se dictan otras disposiciones”; 3) Senado 06/11, “por medio del cual se adiciona el artículo 11 de la Constitución Política, sobre el derecho fundamental a la vida humana”; 4) Senado 44/08, “por el cual se reglamentan las prácticas de la eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia, el servicio de cuidados paliativos y se dictan otras disposiciones”; y 5) proyecto de modificación al Código de Ética Médica número 24 de 2015 del Senado y 218 de 2016 de la Cámara.

(T-493/93, T-1250/08, T-970/14, T-132/16, T-322/17, T-423/17, T-544/17 y T-721/17).

La legislación internacional es enfática en la protección al derecho a la vida y también en la defensa del derecho a la dignidad humana, la autonomía y la libertad individual. Precisamente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asamblea General de las Naciones Unidas —Acta 67, Plan de Acción Mundial para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles 2013-2020— se pronuncian al respecto.

Alcance y contenido del derecho fundamental a morir con dignidad

Alcance

El concepto de *derecho fundamental a morir dignamente* es reciente, no como los conceptos de *eutanasia*, *muerte anticipada* o *asistida* e *inducción al suicidio*, pues desde tiempos inmemoriales se han planteado interrogantes sobre qué es la vida, hasta cuándo vivirla y en qué condiciones es digno vivir³.

El principal derecho fundamental sobre el que se edifica toda la estructura jurídica individual y del Estado es el derecho a la vida, propio del ser humano por el solo hecho de existir y entendido como el respeto por la vitalidad de la persona en su concepción ontológica, física y espiritual o social. Esto ha merecido el análisis y reconocimiento de todas las culturas ancestrales y de los principales pensadores y

³ Por no ser objeto de esta investigación, véase González Villamizar, Moreno Calderón y Orozco Ruiz (2015).

filósofos que, a través del tiempo, se incorporan en las constituciones modernas.

Señalar que el derecho a la vida es fundamental, si bien no ha sido una conquista fácil para algunas sociedades⁴, deviene naturalmente del discurso filosófico, jurídico y ontológico; no obstante, elevar a esta condición al derecho a morir parece un contrasentido. Ahora, considerar que el derecho a la vida no es absoluto, sino que puede ser relativo y que incorpora otros aspectos de igual valor, como la dignidad humana, la autonomía de la voluntad o el libre desarrollo de la personalidad, que le son propios e inescindibles a la persona, además de extender el carácter fundamental e individual al derecho a morir o, mejor, a morir dignamente, es una victoria jurídica de las últimas décadas que aún se encuentra en construcción sobre los cimientos más profundos del derecho constitucional.

Algunos Estados⁵ han debatido y superado la polémica que implica decidir no solo sobre el derecho a vivir, sino también sobre el derecho a morir dignamente. Estos Estados han incluido en sus legislaciones reglamentación al respecto, a fin de despenalizar la conducta 1) del que acompaña de manera pasiva a quien desea poner fin a su vida; 2) de quien, de manera activa, participa en esta decisión, y 3) de quien le proporciona los medios para hacerlo, siempre y cuando se cuente con unas condiciones

⁴ En Colombia, solo la Constitución Política de 1991 incluyó la clasificación de derechos fundamentales (Capítulo I, Título II).

⁵ Países Bajos, en 2001, eutanasia (E) y suicidio asistido (SA); Bélgica, en 2002, SA; Suiza, SA; Estados Unidos, en 1997, específicamente en Oregón, Washington, Montana, Vermont y California, SA; Luxemburgo, en 2009, E y SA; Canadá, en 2014, y Nueva Zelanda, en 2013, E y SA.

mínimas previas, como el padecimiento de una enfermedad terminal o de una situación de salud catastrófica, un alto grado de sufrimiento del paciente y el consentimiento informado reiterado.

Debido a su gran repercusión social, no ha sido fácil plantear la existencia de una figura jurídica que entrañe los más profundos debates ontológicos del ser humano, pues se entiende a la eutanasia como un despliegue médico para anticipar la muerte de una persona, bien sea mediante una actuación positiva, al emplear una medicación determinada, o negativa de carácter omisivo, al no aplicar tratamientos, medicamentos, terapias o alimentos tras la decisión de no optar por cuidados paliativos que permitan una muerte natural pero sin dolor o sufrimiento del paciente.

Es un cambio radical partir de la concepción de un Estado proteccionista que debe cuidar y garantizar a todos sus ciudadanos, entre otros, la inviolabilidad del derecho a la vida, consagrado en el artículo 11 de la Constitución Política, y a la integridad, como derechos absolutos, para llegar a relativizarlos y amparar el derecho a morir basado en otros derechos que se consideraban por algunos de menor envergadura constitucional, de manera que prime la dignidad humana, la libertad individual, la autonomía o el libre desarrollo de la personalidad sobre el derecho.

En Colombia, la Constitución Política de 1991, al pregonar la laicidad del Estado, abandona la concepción de la vida como un derecho sagrado y lo estima como un bien valioso, pero no sacro. Dado que las creencias religiosas o morales de un grupo de individuos no pueden aplicarse a todos los nacionales como si se trataran de una ley y no de un sentimiento o

una creencia del fuero interno, a partir de la Constitución de 1991 se impuso una visión secular pluralista.

En este ámbito, cobra total preponderancia el principio de la dignidad humana, la voluntad o autonomía del individuo para decidir sobre todos sus derechos, incluida la vida, y determinar cómo quiere vivir, si continúa o no viviendo y en qué momento las circunstancias que lo rodean se tornan indignas para sí.

Si bien la dignidad humana es un atributo interno inescindible del ser humano que le da una categoría de valor, majestad o grandeza por su sola existencia, consustancial con el ser, y que lo hace merecedor de respeto, también contiene elementos externos que permiten evidenciarla, como la libertad de acción y la autonomía de la voluntad.

Para Kant (1977), la dignidad es un atributo del ser racional —considerado como un fin en sí mismo— que está por encima de todo precio, es algo que no puede ser sustituido ni invaluable y cuyo principio fundamental es la autonomía. Este filósofo basa el principio de autonomía en que todo ser racional debe considerarse por las máximas de su voluntad para juzgarse a sí mismo y a sus acciones no como un medio sino como un fin en sí mismo; por esto, “el principio de la autonomía es, así pues: no elegir sino de tal modo que las máximas de la propia elección estén comprendidas a la vez en el mismo querer como ley universal” (Kant, 1977).

Este concepto, difiere del planteado por la neurociencia actual, (Martínez, 2017) según el cual la libertad individual, como voluntad libre y autónoma, estaría impulsada por la configuración (orgánica y natural) del sistema nervioso y el diseño y funcionamiento del cerebro.

A su vez, la Corte Constitucional (2002, Sentencia T-881) señala una amplia serie de criterios desde los cuales puede entenderse la dignidad como un derecho fundamental, principio constitucional, principio fundante o valor. Es así como, al tratar de definir el concepto de *dignidad humana*, siempre irguen la libertad y la autonomía de la voluntad, entendidas como la posibilidad de actuar libremente sin más límite que el impuesto por los derechos ajenos y el interés general; además, la dignidad implica autodeterminarse, adoptar las decisiones que corresponden al ejercicio de la propia vida, acorde con las creencias, los principios y los ideales. Es por esto que la Corte Constitucional (1997) señala que

[...] la Constitución se inspira en la consideración de la persona como un sujeto moral, capaz de asumir en forma responsable y autónoma las decisiones sobre los asuntos que en primer término a él incumben, debiendo el Estado limitarse a imponerle deberes, en principio, en función de los otros sujetos morales con quienes está abocado a convivir, y por tanto, si la manera en que los individuos ven la muerte refleja sus propias convicciones, ellos no pueden ser forzados a continuar viviendo cuando, por las circunstancias extremas en que se encuentran, no lo estiman deseable ni compatible con su propia dignidad, con el argumento inadmisibles de que una mayoría lo juzga un imperativo religioso o moral. [...]. Nada tan cruel como obligar a una persona a subsistir en medio de padecimientos oprobiosos, en nombre de creencias ajenas. (C-239)

De tal manera, se definió que el derecho a morir dignamente es inherente a todo ser humano

capaz de expresar su consentimiento válido, por sí o a través de un consentimiento sustituto, frente al padecimiento de una enfermedad terminal, con pronóstico fatal cercano, para decidir no continuar viviendo cuando las condiciones son insufribles e indignas, por lo que le corresponde al Estado garantizar las condiciones para que su determinación sea respetada y acatada.

Contenido

La eutanasia activa es solo una de las formas de materializar el DFMD, y esta incluye aspectos como:

1. **Atención médica:** debe ser digna, oportuna y adecuada al paciente y su familia desde el momento del diagnóstico de la enfermedad terminal, con estimación de su escala de dolor, hasta el desenlace de su vida. Esta atención incluye el derecho a una segunda opinión profesional y el agotamiento de todas las posibilidades médicas para preservar la existencia.
2. **Información:** debe ser correcta, clara, detallada, comprensible y suficiente para el paciente y su familia. Se debe proporcionar información sobre 1) su estado de salud real —si esta es su voluntad, puede optar por desconocerlo y no ser informado—; 2) métodos razonables de tratamiento, si los hay; 3) utilización de alternativas experimentales, si las hay; 4) sus derechos y deberes como paciente; 5) las consecuencias reales de rehusar o no continuar con el tratamiento médico recomendado o con los cuidados paliativos, y 6) la posibilidad de optar por su muerte anticipada.
3. **Cuidados paliativos:** son aquellos que tienen como fin mejorar la calidad de vida

del paciente en medio del padecimiento de la enfermedad; esto implica aliviar el dolor, así como manejar correctamente las circunstancias médicas físicas, psicológicas y espirituales.

Para Andrea María Gómez (2006), los cuidados paliativos tienen tres componentes básicos: el control de síntomas (como el dolor), el apoyo psicosocial y espiritual y el trabajo en equipo interdisciplinario. Al respecto, la Corte Constitucional (2003, Sentencia T-560) precisó aspectos que deben incluirse en los cuidados paliativos, como

alcanzar y mantener un nivel óptimo de control del dolor y de los efectos de su sintomatología [...]; afirmar la vida y entender el morir como proceso normal [...]; no apresurar ni posponer la muerte [...]; integrar los aspectos psicológicos y espirituales en los cuidados brindados al enfermo [...]; ofrecer las herramientas para que los pacientes vivan de manera activa, en la medida de lo posible, hasta el momento de su muerte.

4. **Documento de voluntad anticipada o consentimiento informado:** toda persona tiene derecho a 1) suscribir un documento en el cual plasme de manera libre, autónoma e ilustrada su voluntad sobre el cuidado futuro de su vida, salud o cuerpo; 2) a designar un tercero que decida por él cuando ya no se encuentre en condiciones de hacerlo; 3) a no ser sometido a tratamientos médicos infructuosos, inútiles o degradantes; 4) a donar o no sus órganos y tejidos; 5) a no ser sometido a sufrimientos innecesarios; 6) a aceptar o no cuidados paliativos; 7) a evitar el reacondicionamiento terapéutico; 8) a no

permanecer en un centro médico o recibir apoyo espiritual, e 9) incluso a anticipar su muerte.

5. Eutanasia: es entendida como un procedimiento mediante el cual el médico le anticipa la muerte al paciente, quien se lo solicita de manera reiterada a través del consentimiento informado, con el único propósito de poner fin a sus intensos sufrimientos, por padecer una enfermedad terminal.

Cumplir los deberes de atención al paciente, dar información suficiente, brindar cuidados paliativos o respetar el consentimiento informado no representan mayor debate ético o jurídico, ni para el paciente ni para el personal que lo asiste; incluso, acceder a la eutanasia pasiva parece ser un paso al curso natural de la vida hacia la muerte.

No obstante, la práctica de la eutanasia activa (simplemente eutanasia), en la que se requiere el despliegue de una actuación positiva por parte del médico encaminada a propiciar o anticipar la muerte del paciente que se lo solicita, ha generado gran controversia por dos razones: de un lado, porque el paciente requiere un trato digno y humano que considere su situación de indefensión, dolor, fragilidad y vulnerabilidad; de igual manera, la familia demanda información clara y suficiente y un tratamiento que respete los deseos del paciente y proteja su vida hasta que las condiciones le sean dignas, para minimizar el dolor y el sufrimiento que la situación les causa a todos. De otro lado está el médico, que requiere certeza del ámbito en el cual puede actuar jurídicamente sin vulnerar los derechos del paciente, pero también salvaguardando los

propios, dado que la reglamentación no se muestra del todo clara y completa y puede ir en contravía de su código de ética e incluso del Código Penal.

La eutanasia

Definición

La eutanasia es el elemento más polémico del derecho fundamental a morir con dignidad, dadas sus connotaciones jurídicas, éticas y deontológicas.

Para definir la eutanasia, la Real Academia de la Lengua Española (RAE, 2018) parte del latín científico *eutanasia* y del griego εὐθανασία, que apuntan a significar “muerte dulce”; así, se llega a dos acepciones: “intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura” y “muerte sin sufrimiento físico”.

En Colombia no existe una única definición de *eutanasia*, pues tanto la Corte Constitucional como el Ministerio de Salud optaron por resaltar los elementos que la integran más que por emitir un concepto formal definitivo. Por su parte, la Resolución 1216 de 2015 y el Protocolo la consideran como un procedimiento que le anticipa la muerte en forma digna a un enfermo terminal.

La acepción de eutanasia debe diferenciarse de las siguientes: cacotanasia, entendida como mala muerte o muerte anticipada que se impone sin el consentimiento del afectado; distanasia, que es la prolongación médica de la agonía de un paciente sin posibilidad de cura, mal llamada “encarnizamiento o ensañamiento terapéutico”, en la cual se procura posponer el momento de la muerte recurriendo a cualquier medio artificial, pese a que no haya opción de

recuperar la salud; ortotanasia, que es la muerte natural de un enfermo desahuciado sin someterlo a una prolongación médicamente inútil, y de eugenesia, que es el procedimiento mediante el cual se procura el perfeccionamiento de una raza o especie a través de la manipulación genética y el desprecio de seres que no cumplen con ciertas condiciones.

La Corte, al incluir la causal de exoneración de responsabilidad al médico que da muerte al enfermo terminal que tiene la voluntad libre de terminar con su vida para evitar intensos sufrimientos, no ofreció una definición precisa, con lo que dejó abierta la posibilidad para que estos casos sean llevados a la justicia penal o disciplinaria, como se expondrá más adelante.

De acuerdo con los artículos 106 y 107 del actual Código Penal, “el que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable” y “el que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización”, incurrirá en prisión; no obstante, “cuando la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable”, será merecedor de una pena atenuada.

Clasificación

Autores como Ricardo Luque-Núñez (comunicación personal, 24 de octubre de 2017) clasifican la eutanasia en activa y pasiva; otros, como Rivera Benítez (2001), la clasifican en activa, pasiva, directa, indirecta o suicidio asistido. Así, se tiene que:

1. La eutanasia es directa siempre que el propósito claro de la acción u omisión

médica sea causar la muerte del paciente. Esta contempla, a su vez, dos formas: activa o positiva, que es un evento en el que el médico tratante suministra medicamentos a una persona con el claro propósito de causarle la muerte, y pasiva o negativa, que es cuando, por falta de tratamiento, medicamento, terapia o alimento, es decir, por un actuar omisivo —inercia—, se ocasiona la muerte del paciente.

2. La eutanasia es indirecta cuando la muerte (no deseada) del paciente se da por efecto colateral de la acción u omisión (deseada) del agente; tal es el caso de la aplicación de fuertes tratamientos médicos que debilitan la salud del enfermo.

Elementos de la eutanasia

La regulación actual colombiana definió las particularidades bajo las cuales el médico tratante debe determinar y verificar certeramente la presencia de una enfermedad terminal. Además, debe confirmarse la voluntad del paciente de no acceder a los cuidados paliativos, o habiendo accedido, este debe otorgar su consentimiento de manera reiterada e informada para terminar con su vida anticipadamente y así, finalmente, el personal médico calificado puede ejecutar el procedimiento de eutanasia.

Aun así, se debate si el consentimiento expreso del paciente, sujeto pasivo de la eutanasia, es suficiente en términos jurídicos para dejar sin efectos penales o disciplinarios la conducta típica, antijurídica (ilicitud sustancial) y culpable ejecutada por el sujeto activo de la eutanasia.

El sujeto activo calificado es el médico tratante con especialidad en la patología padecida por

el paciente y es quien define la terminalidad de la enfermedad; además, informa plenamente al paciente su estado de salud, las alternativas terapéuticas y el pronóstico de vida. Es este sujeto activo quien recibe la petición de muerte anticipada, valora si la petición ha persistido en el tiempo y presenta el caso al CCI; si este último lo encuentra ajustado a las condiciones de la actual normatividad y si el médico acepta, él será quien aplique el procedimiento de eutanasia. De este también se exige que actúe únicamente por piedad, más que por deber médico, para estar amparado en la causal de exoneración de responsabilidad.

Si el médico tratante es objetor de conciencia, la entidad prestadora del servicio de salud será la que garantice el personal calificado suficiente para amparar el derecho del paciente, dado que no hay objeción de conciencia institucional.

De esta manera, el médico tratante es quien debe sopesar o valorar el ejercicio de sus propios derechos o el cumplimiento de sus deberes frente a la garantía de amparar los derechos del paciente (R. Luque-Núñez, comunicación personal, 24 de octubre de 2017).

El sujeto pasivo es el ser humano que padece la enfermedad terminal, lesión corporal o enfermedad grave e incurable que le ocasiona intenso sufrimiento y es quien ha manifestado expresa, informada, clara y reiteradamente su voluntad de poner fin a su vida, a través del protocolo médico de eutanasia.

Inicialmente, se estableció que el sujeto pasivo debía ser una persona mayor de 18 años (C. C., 2014, Sentencia T-970), consciente, que pudiera manifestar su voluntad expresamente y en quien se pudiera corroborar su juicio; luego, en el Protocolo (Ministerio de Salud y Protec-

ción Social, 2015) se precisó que la persona podría no estar consciente, pero haberlo estado en el momento en que manifestó su voluntad inequívoca, con lo que surgió el concepto de *consentimiento sustituto*, que se explicará en los elementos normativos.

Finalmente, se incluyeron como sujetos de especial protección constitucional, preferente y prevalente los niños, niñas y adolescentes (NNA) en primacía de su interés superior, con las excepciones que la misma norma prevé, es decir, menores de seis años, eventualmente niños de seis a doce años y NNA que presenten estados alterados de consciencia, discapacidad intelectual o trastornos psiquiátricos (C. C., 2017, Sentencia T-544).

Los NNA de seis a doce años podrán presentar solicitudes de eutanasia si alcanzan un desarrollo neurocognitivo y psicológico excepcional que les permita tomar una decisión libre, voluntaria, informada e inequívoca.

Los NNA de seis a catorce años deben contar de manera concurrente con el consentimiento de quienes ejercen su patria potestad; de los catorce a los diecisiete años, no se requiere de dicha aquiescencia, pero podrá existir un consentimiento sustituto, que es otorgado por el representante legal del menor que, habiendo manifestado su voluntad, se encuentre imposibilitado para reiterarla.

Conducta

El Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia indica la forma en que debe ejecutar la conducta el médico tratante.

Dar muerte es un acto voluntario en el que el médico tiene pleno conocimiento de su

actuar, prevé el resultado, desea su realización y ejecuta el procedimiento para provocar la muerte anticipada del paciente y para poner fin a intensos sufrimientos bajo el ingrediente normativo de la piedad.

Si bien los integrantes del CCI avalan el cumplimiento de los requisitos mínimos necesarios, así como el procedimiento, el médico es el único al que le corresponde la aplicación de los medicamentos letales. Para evaluar la conducta típica, según el derecho sancionatorio, incluido el disciplinario, se debe considerar si esta se ejecutó con culpabilidad y con ilicitud sustancial. De esta manera, la evaluación no depende estrictamente de la materialización de la conducta, pues está proscrita la responsabilidad objetiva y prima el sentido de la acción u omisión, es decir, los móviles y su antijuridicidad en sentido general.

Sobre este aspecto, surgen dos puntos de debate: el primero está centrado en el ingrediente normativo de la piedad, que atañe tanto a la culpabilidad como a la ilicitud sustancial, y el segundo está enfocado en el consentimiento expreso del sujeto pasivo, que, según el criterio de la Corte, exime de responsabilidad al ejecutante de la conducta.

Ingredientes normativos objetivos

Enfermedad terminal

Es la dolencia o condición patológica grave, avanzada, progresiva, irreversible e incontrolable con un pronóstico fatal próximo, sin respuesta favorable a los tratamientos médicos conocidos y que genera en el paciente un intenso sufrimiento o dolor.

Si bien algunas enfermedades no presentan la condición de muerte inminente, han sido amparadas por este derecho, como es el caso del estado vegetativo o de las afecciones neuronales graves (Gómez Castedo, 2006).

Intenso sufrimiento o dolor

Puede considerarse que el sufrimiento o dolor es uno de los elementos más difíciles de cuantificar o precisar, dado que solo el paciente que lo padece puede determinar su intensidad y la forma en que afecta su dignidad. No obstante, la ciencia médica ha establecido métodos científicos para determinar objetivamente el grado de dolor que causa una u otra enfermedad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Este aspecto debe estar objetivamente demostrado, mediante escalas estandarizadas y aprobadas por la comunidad médica, para lograr la aplicación de la normativa aludida. El Protocolo citado indica que el médico tratante debe describir el dolor, establecer su naturaleza y el grado de intolerabilidad, valorado de manera conjunta con la propia expresión del solicitante.

Consentimiento informado

Este elemento tiene una doble connotación: una, como expresión soberana del ser humano en el ejercicio de sus derechos a la autonomía de la voluntad, al libre desarrollo de la personalidad y a la dignidad, es decir, como afirmación del poder de decisión sobre su propia vida, lo que presuntamente daría lugar a la exclusión de responsabilidad del sujeto agente⁶; y otra,

⁶ Sobre la relevancia de conceder al consentimiento informado el poder para transformar una conducta

como requisito material, esto es, el documento físico o electrónico que contiene la expresión de voluntad.

Para Rodotá (2010)⁷,

estas reglas del vivir y del morir en efecto tienen su raíz en el respeto de la autonomía de la persona. Nacen como reglas de libertad y por tanto deben ser protegidas frente a los riesgos y la tentación de volver a poner en manos de sujetos externos el poder de adueñarse del cuerpo y su destino, sin que por ello haya que excluir la posibilidad de una provechosa “alianza terapéutica” entre el médico y el paciente.

John Rawls, en *A Theory of Justice*, al sentar los fundamentos de una sociedad justa constituida por personas libres, formula, en primer lugar, el principio de libertad y lo hace en los siguientes términos: “Cada persona debe gozar de un ámbito de libertades tan amplio como sea posible, compatible con un ámbito igual de libertades de cada uno de los demás”. Es decir: que es en función de la libertad de los demás y solo de ella que se puede restringir mi libertad. (C.C., 1994, Sentencia C-221).

Si bien el consentimiento informado no solo puede aludir a la intención de obtener una muerte anticipada, sino también a diferentes componentes del derecho fundamental a morir con dignidad, como la donación de órganos o tejidos, la asistencia espiritual y el deseo o no de ser informado de sus condiciones de salud, entre otras, en el componente eutanásico se

punible e irrelevante para el mundo del derecho sancionatorio, en apartes anteriores se ha analizado la sentencia de constitucionalidad C-239 de 1997.

⁷ Citado por Alexander Ortega Díaz (2016).

requiere que el consentimiento sea expreso, es decir, exteriorizado por el paciente que lo otorga en forma clara, inequívoca y con algunas formalidades, como constar por escrito y ser reiterado.

En el caso de los menores de edad, al darles capacidad plena y permitir incluso que este consentimiento se exprese por diferentes medios electrónicos, se rebasa la normatividad civil. Por otro lado, los pacientes que no pueden manifestarse verbalmente o por escrito por causa de su enfermedad requieren de una formalización o expresión clara del consentimiento de cuando se encontraban en condiciones de hacerlo, para que, en el momento del procedimiento de eutanasia, esta voluntad pueda ser referida por su representante legal. A este se le llama *consentimiento sustituto*.

Cuando se habla de *consentimiento* como causal para la exclusión de responsabilidad sancionatoria, se exige de quien lo otorga la facultad de disponer del derecho, es decir, de ostentar la titularidad de este, y es claro que en estos eventos quien otorga el consentimiento no es el titular. Para muchos autores, el titular no es el ser humano, sino la deidad en la cual han depositado sus creencias, por lo que no sería posible disponer de este (Sánchez Jiménez, 1999). Corresponde al psiquiatra o psicólogo clínico evaluar y determinar la capacidad mental del paciente para el otorgamiento del consentimiento, para que después este sea verificado por el CCI.

Daniela Navarro y Vladimir Monsalve (2014) enfatizan que Colombia tiene una reglamentación poco clara sobre la forma, el contenido, los requisitos y demás condiciones que debe cumplir un documento de consentimiento

informado o voluntad anticipada, dadas sus importantísimas connotaciones, por lo que se requeriría precisión y desarrollo legislativo al respecto.

No obstante, para Piedad Lucía Bolívar (2018), de la Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente, la exigencia de requisitos adicionales, como la formalización ante un notario, señalada en la Resolución 1051 de 2016, no puede ser aplicable a toda clase de pacientes terminales, ya que se desconocería su derecho fundamental.

El Ministerio de Salud (Resolución 2665), en un nuevo esfuerzo por reglamentar el DFMD, generó mayor confusión al establecer pautas para la suscripción de documentos de voluntad anticipada (DVA). El Ministerio 1) exige, por un lado, capacidad legal y mental de quien lo suscribe, y por otro, que esta persona solo sea mayor de catorce años; 2) exige una formalidad escrita ante el médico tratante o ante dos testigos y que, incluso, puede ser elevada a escritura pública, frente a la informalidad de un video, audio u otro medio tecnológico; 3) exige la confidencialidad o reserva de quien lo recibe o se entera de su contenido, frente al carácter abierto de una escritura pública, 4) y circunscribe la declaración únicamente a la eutanasia pasiva, aunque por otro lado deja la posibilidad de incluir “preferencias en relación al cuidado futuro de su salud, integridad física, así como indicaciones concretas de su cuidado y preferencias al final de la vida”. Es decir, en un intento por brindar claridad sobre el tema, gesta mayor confusión.

Voces autorizadas⁸ sobre la materia han señalado que, en estos casos, el consentimiento

⁸ Salvamento de voto de José Gregorio Hernández a la Sentencia C239-97.

no es libre ni espontáneo, dado que quien lo otorga se halla bajo graves circunstancias que afectan su poder de decisión, como son precisamente el sufrimiento insoportable y la inminencia de un fallecimiento precedido de dolor, de manera tal que lo llevan a pedirle a otro su propia muerte. En sentido semejante, Merchán-Price (2008) precisa que quien otorga el consentimiento antes de su estado de enfermedad omite el cumplimiento de uno de los requisitos esenciales de este, el cual es estar plenamente informado sobre su condición patológica, las alternativas de tratamiento y su pronóstico vital, entre otros. De igual forma, el autor expone que el objeto del consentimiento está viciado de nulidad absoluta al centrarse en la comisión de una conducta punible (homicidio), aun cuando sea pietístico, y por ende, que carece de facultad alguna para exonerar al sujeto agente de responsabilidad.

Ingredientes normativos subjetivos

Sentimiento de piedad

Aunque el origen de la piedad es de contenido religioso, en el ámbito legal aludido se refiere a la compasión, la conmiseración, el dolor o la pena que se siente por otro, específicamente para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable.

Este sentimiento debe ser predicable por el médico, sin que pueda confundirse con su deber legal o profesional; el médico debe sentir empatía y conmiseración frente al enfermo y actuar cobijado por este sentimiento para que pueda aplicarse la eximente de responsabilidad penal. Debe ser objeto de

análisis el grado en que el personal médico que practica la eutanasia, ya sea por imposición del establecimiento de salud, por remisión del médico tratante o del CCI o por el simple cumplimiento del deber, puede sentir tal empatía con todos y cada uno de los pacientes, a quienes debe garantizar el procedimiento de eutanasia, sin haberlos siquiera conocido antes.

La Corte Constitucional no precisó si la piedad es causal de atenuación de la sanción o de atipicidad, criterio de antijuridicidad o elemento estructural de ausencia de culpabilidad. Sin embargo, señaló que la conducta del médico puede carecer de antijuridicidad por ser un acto solicitado por un sujeto pasivo o que el médico que ejecute el acto no puede ser objeto de sanción y debe ser exonerado de responsabilidad; aun así, indicó que mientras se regula el tema por el Legislativo,

todo homicidio por piedad de enfermos terminales debe dar lugar a la correspondiente investigación penal, a fin de que en ella los funcionarios judiciales, tomando en consideración todos los aspectos relevantes para la determinación de la autenticidad y fiabilidad del consentimiento, establezcan si la conducta del médico ha sido o no antijurídica, en los términos señalados en esta sentencia. (C. C., 1997, Sentencia C-239)

Estas consideraciones fueron objeto de salvamento de voto por Vladimiro Naranjo Mesa, Hernando Herrera Vergara y José Gregorio Hernández Galindo en la Sentencia C-239/97.

Responsabilidad médica disciplinaria

Normatividad aplicable

Paralelamente al nacimiento y surgimiento de la consolidación del DFMD, reclamado con razón por los pacientes terminales, es necesario analizar aspectos del marco normativo y ontológico al que está sujeto el personal médico en su práctica diaria, especialmente cuando se ve enfrentado a una petición de muerte anticipada.

El médico tratante que recibe una petición de su paciente para la práctica del procedimiento de eutanasia no solo debe considerar los derechos legítimos de este, sino también los suyos propios, así como los deberes legales y éticos que juró cumplir al recibirse profesionalmente, para no incurrir en conductas que podrían tener una connotación disciplinaria o penal.

Es claro que las normas constitucionales⁹ e internacionales¹⁰ que le son aplicables al paciente, como el respeto a la vida, a su autodeterminación, a la autonomía de su voluntad, al libre desarrollo de su personalidad y a la dignidad humana, también son aplicables para el médico, así como la libertad de escoger

⁹ Artículo 11 de la Constitución Política.

¹⁰ Artículo 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Asamblea General de las Naciones Unidas, 10 de diciembre de 1948); artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Asamblea General de las Naciones Unidas, 16 de diciembre de 1966); artículo 1 de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (Bogotá, 1948), y artículo 4 de la Comisión Americana Sobre Derechos Humanos (San José de Costa Rica, 22 de noviembre de 1969).

o ejercer una profesión u oficio, el debido proceso administrativo o judicial, el derecho al trabajo, la libertad de conciencia, entre otros.

El ordenamiento penal aún prevé para el que mate a otro por piedad, para poner fin a sus intensos sufrimientos provenientes de la lesión corporal o enfermedad grave o incurable, una sanción privativa de la libertad. Por su parte, el Código de Ética Médica (CEM) está contenido en la Ley 23 de 1981¹¹, expedida al amparo de la constitución anterior, es decir, no incluye una amplia garantía a los derechos objeto de análisis, por lo cual se presentan falencias y carencias que le generan inconvenientes interpretativos al profesional médico.

EL CEM declara los siguientes aspectos como principios que dan fundamento a la ética médica: el respeto por la vida y la salud de la persona, la consideración de esta como ser integral en su entorno a fin de diagnosticar adecuadamente su enfermedad, la adopción de las medidas curativas que sean pertinentes, la protección de los intereses de la ciencia, el respeto por los derechos de la persona, la evasión del sufrimiento y el mantenimiento incólume de su integridad, sin que la cronicidad o incurabilidad de la enfermedad constituya un motivo para privarle de asistencia.

Este Código también establece que el médico, por la función social que realiza, debe ajustar su comportamiento a los más altos estándares de la moral universal, además de ser responsable por las reacciones adversas, inmediatas o tardías producidas por efecto de los tratamientos por él adelantados, para lo cual advertirá al

paciente o a su familia. Así, el CEM prevé que el médico cumplirá a cabalidad sus deberes profesionales y administrativos, así como los demás compromisos a que esté obligado en la institución donde preste sus servicios.

A su vez, el Código precisa que el médico respetará la libertad del enfermo para prescindir de sus servicios, usando los métodos y medicamentos a su disposición siempre que subsista esperanza de aliviar o curar la enfermedad, sin que sea su obligación mantener en funcionamiento los órganos de quien ha sido diagnosticado con muerte cerebral y sin someter al paciente a tratamientos que no se justifiquen.

El CEM adoptó el juramento aprobado por la Convención de Ginebra de la Asociación Médica Mundial¹², por el cual deben regirse todos los médicos en su ejercicio profesional.

¹² El médico deberá conocer, cumplir y jurar con lealtad y honor el siguiente juramento médico: “Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad; otorgar a mis maestros el respeto, gratitud y consideración que merecen; enseñar mis conocimientos médicos con estricta sujeción a la verdad científica y a los más puros dictados de la ética; ejercer mi profesión dignamente y a conciencia; velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente; guardar y respetar los secretos a mí confiados; mantener incólumes, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica; considerar como hermanos a mis colegas; hacer caso omiso de las diferencias de credos políticos y religiosos, de nacionalidad, razas, rangos sociales, evitando que estas se interpongan entre mis servicios profesionales y mi paciente; velar con sumo interés y respeto por la vida humana, desde el momento de la concepción y, aun bajo amenaza, no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas; solemne y espontáneamente, bajo mi palabra de honor, prometo cumplir lo antes dicho” (Asociación Médica Mundial, 1948).

¹¹ Modificada por los decretos 3380 de 1981, 131 de 2010 y 019 de 2012.

De igual manera, creó el Tribunal Nacional de Ética Médica y los Tribunales Seccionales, encargados de juzgar y sancionar las conductas que presuntamente constituyen una falta disciplinaria con sanciones como amonestación privada, censura pública o privada o suspensión en el ejercicio de la medicina hasta por cinco años.

Algunas organizaciones como la Asociación Médica Mundial (AMM) o la Organización Mundial de la Salud (OMS) —entre muchas otras— emiten conceptos, directrices y declaraciones que, aun cuando no tienen carácter legislativo, imponen a sus afiliados condiciones para proceder, con lo que valoran los derechos del paciente. Es por esto que “el médico siempre debe actuar de acuerdo a su conciencia y en el mejor interés del paciente, se deben hacer los mismos esfuerzos a fin de garantizar la autonomía y justicia con el paciente” (Declaración de Lisboa de la AMM sobre los derechos del paciente, 1981).

Si el médico ejerce su profesión como servidor público, vinculado a una entidad pública estatal, departamental o municipal, adicional a las normas anteriores, le es aplicable el Código Disciplinario Único (CDU), que rige para todos los funcionarios estatales e incluso para los particulares que ejercen funciones administrativas o manejan recursos públicos.

Reserva de ley

El principio de legalidad sobre el cual se cimienta el derecho disciplinario exige para la tipificación de las conductas imposición de sanciones, los eximentes de responsabilidad o las causales de atenuación y contar con una disposición legal no solo en su sentido formal,

sino también sustancial; es decir, que sea emitida por el organismo competente, pero también por el Congreso de la República¹³.

Pese a la exigencia hecha al legislador de expedir la ley que regule el DFMD, este no la ha proferido, con lo que deja al médico en una difícil posición jurídica, pues si bien se han ampliado las condiciones para hacer efectivo el DFMD, no se ha eliminado la tipificación de esta conducta a nivel penal y disciplinario ni se han incluido las eximentes a través del procedimiento jurídico y el órgano correspondiente.

La normatividad vigente le exige al médico respetar la Constitución, la ley dentro de la cual están el Código Penal, el CDU y el Código de Ética Médica, además de las normas internacionales adoptadas por Colombia, lo que incluye cumplir el juramento de proteger la vida, velar por la salud de los pacientes y otros aspectos normativos que estarían, *prima facie*, en contravía de la práctica de la eutanasia.

Hasta el momento, es evidente que el médico no cuenta con una normatividad clara que lo faculte para actuar frente a una petición de eutanasia; por el contrario, se le exige velar por la protección de la vida y la salud como misión fundamental, pues si bien la jurisprudencia, que queda como criterio auxiliar en comparación

¹³ Sobre este aspecto, la Corte Constitucional, en la Sentencia C-401 del 2013, al referirse al principio de reserva de ley en materia disciplinaria, señaló que “el principio de reserva de ley se manifiesta en la obligación del Estado de someter el desarrollo de determinadas materias o de ciertos asuntos jurídicos necesariamente a la ley, o al menos, a tener como fundamento la preexistencia de la misma. Así lo reconoce expresamente el artículo 29 del Texto Superior, cuando establece que nadie podrá ser juzgado sino ‘conforme’ a leyes preexistentes al acto que se le imputa”.

con la Constitución, ha impuesto unas condiciones que les son favorables a los pacientes para el ejercicio del DFMD, no ha dejado clara la posición en la que se encuentran los médicos que deben practicar la eutanasia.

Tipificación disciplinaria

Las conductas consideradas sancionables disciplinariamente no están en su totalidad consagradas taxativamente en las normas, pues su caracterización obedece a tipos abiertos, a los que se llega por infracción a los deberes a los cuales se está sometido como sujeto disciplinable. Dentro de las infracciones se encuentran el incumplimiento o la extralimitación en los derechos o las funciones, la incursión en prohibiciones, inhabilidades, incompatibilidades, impedimentos y el conflicto de intereses.

En el caso del homicidio pietístico, su tipificación penal es clara, a la cual se accede en materia disciplinaria por vía del artículo 48 de la Ley 734 de 2002, o Código Disciplinario Único, que, en su literalidad, señala que serán faltas gravísimas las enunciadas en su numeral 1: “Realizar objetivamente una descripción típica consagrada en la ley como delito sancionable a título de dolo, cuando se cometa en razón, con ocasión, o como consecuencia de la función o cargo o abusando del mismo”. Así podría el médico, que mata a otro por piedad, hallarse incurso en esta conducta.

Del mismo modo, podría establecerse responsabilidad disciplinaria para el médico que cumple la doble función de médico y servidor público, al incumplir el deber u omitir sus funciones de preservar la vida, al tenor de los artículos 34¹⁴ y

¹⁴ Artículo 34, deberes. “Son deberes de todo servidor público: cumplir y hacer que se cumplan los

35¹⁵ del CDU. Aun cuando se han presentado al Poder Legislativo proyectos de ley para modificar el DMD y el Código de Ética Médica, estos aún continúan vigentes sin establecer criterios claros.

No sobra precisar que el sujeto disciplinable en estos eventos es el médico titulado, no el estudiante o residente, enfermero u otro tipo de profesional de la salud.

De la ilicitud sustancial

Al hablar de ilicitud sustancial, como vulneración del deber funcional, surge inexorablemente la pregunta sobre cuáles son los deberes y las funciones que le son exigibles al médico en Colombia, dado que no se encuentran reunidos en un solo texto normativo u ontológico.

Quienes trabajan en establecimientos públicos cuentan con un contrato que los vincula a algunas obligaciones, deberes y derechos; sin embargo, en la mayoría de los eventos no existe claridad al respecto y menos en disposiciones

deberes contenidos en la Constitución, los tratados de Derecho Internacional Humanitario, los demás ratificados por el Congreso, las leyes, los decretos, las ordenanzas, los acuerdos distritales y municipales, los estatutos de la entidad, los reglamentos y los manuales de funciones, las decisiones judiciales y disciplinarias, las convenciones colectivas, los contratos de trabajo y las órdenes superiores emitidas por funcionario competente. Los deberes consignados en la Ley 190 de 1995 se integrarán a este código”.

¹⁵ Artículo 35, prohibiciones. “A todo servidor público le está prohibido: incumplir los deberes o abusar de los derechos o extralimitar las funciones contenidas en la Constitución, los tratados internacionales ratificados por el Congreso, las leyes, los decretos, las ordenanzas, los acuerdos distritales y municipales, los estatutos de la entidad, los reglamentos y los manuales de funciones, las decisiones judiciales y disciplinarias, las convenciones colectivas y los contratos de trabajo”.

precisas sobre su participación en el procedimiento de eutanasia activa.

Dentro de los principales deberes del médico se encuentran la protección a la vida y la salud del paciente; en su razón de ser, el médico debe propender por la prevención de las enfermedades y por el mejoramiento de los patrones de vida, además de considerar y estudiar al paciente sin discriminación alguna, a fin de diagnosticar su enfermedad adoptando las medidas curativas y de rehabilitación correspondientes. Adicional a esto, el médico debe ajustarse a principios metodológicos y éticos salvaguardando los intereses científicos y la reserva o secreto profesional; de igual manera, surgen deberes para con el paciente en su práctica diaria, como el diligenciamiento de la historia clínica, informar las reales condiciones patológicas y terapéuticas, la advertencia del riesgo previsto, la obtención del consentimiento informado y la auscultación detallada, además de los deberes con sus colegas y con las instituciones en las cuales trabaja.

La Resolución 13437 de 1991 del Ministerio de Salud, al establecer el decálogo de derechos de los pacientes, estableció correlativamente los deberes del personal médico y de las instituciones prestadoras de salud, con lo que reiteraron que debe ser respetado el derecho a que el decurso normal de la muerte se realice sin procedimientos que extiendan la vida innecesariamente.

Como puede observarse, la legislación nacional no cuenta con una disposición expresa que faculte al médico para apartarse de su deber de proteger la vida y así cumplir con los deseos de su paciente de darle muerte de manera anticipada, aun cuando este disponga de su

derecho en pleno uso de sus facultades legales y mentales.

La Asociación Médica Mundial (1987/2005, 2002, 2011) ha señalado, en reiteradas declaraciones, que el procedimiento de eutanasia activa o de asistencia al suicidio es contrario a la ética médica, lo que diáfano permitiría concluir que su práctica es objeto de reproche a través de las instancias disciplinarias.

La función social que se exige y espera del médico no se agota con la atención del paciente, sino que debe obedecer a altos estándares y contribuir de manera decidida al cumplimiento de los cometidos estatales de salud pública.

Cuando el médico tratante accede a una petición de eutanasia activa lo hace de manera consciente, es decir, conociendo que la conducta está tipificada como homicidio pietístico en el ordenamiento penal, que su código de ética médica le exige un comportamiento diverso de protección a la vida y que su actuar voluntario e inequívocamente dirigido a causar la muerte no está incurso en una de las causales previstas disciplinariamente como eximentes de responsabilidad¹⁶.

¹⁶ Ley 734 de 2002, artículo 28. Causales de exclusión de la responsabilidad disciplinaria. “Está exento de responsabilidad disciplinaria quien realice la conducta: 1. Por fuerza mayor o caso fortuito. 2. En estricto cumplimiento de un deber constitucional o legal de mayor importancia que el sacrificado. 3. En cumplimiento de orden legítima de autoridad competente emitida con las formalidades legales. 4. Por salvar un derecho propio o ajeno al cual deba ceder el cumplimiento del deber, en razón de la necesidad, adecuación, proporcionalidad y razonabilidad. 5. Por insuperable coacción ajena o miedo insuperable. 6. Con la convicción errada e invencible de que su conducta no constituye falta disciplinaria. 7. En situación de inimputabilidad. En tales eventos se dará inmediata aplicación, por el competente, a los

En juicios de responsabilidad médica por hechos relacionados con omisión en la práctica del procedimiento de eutanasia, el Tribunal Seccional de Ética Médica de Risaralda y Quindío señaló que

la culpa no es del médico o del comité que debía decidir; sino que el Congreso que desde la sentencia del doctor Gaviria sobre la eutanasia debía sentar los cimientos legislativos firmes, sobre los cuales se considerara el derecho a la muerte digna, en armonía con los preceptos constitucionales hasta el momento no lo ha hecho.

Sin obviar la carencia legislativa, sino aunado a ella, el médico se ve enfrentado a los cambios jurisprudenciales en los que cada vez se incluyen nuevas y diferentes situaciones que deben ser consideradas por él para determinar si lo requerido por el paciente o su familia se ajusta o no a las circunstancias amparadas. Es por esto que el comportamiento que el paciente y su familia le exigen al médico tratante supera por mucho sus deberes.

Una de las opciones con las que cuenta el profesional de la salud es la objeción de conciencia, siempre y cuando acceda a formular exteriormente y por escrito los motivos que lo impulsan a actuar de determinada manera, aun cuando la Constitución Política señala que nadie podrá ser molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas u obligado a actuar contra su conciencia.

mecanismos administrativos que permitan el reconocimiento de las inhabilidades sobrevinientes. No habrá lugar al reconocimiento de inimputabilidad cuando el sujeto disciplinable hubiere preordenado su comportamiento”.

Carencias institucionales

Todos los hospitales, las clínicas, las EPS y las IPS del país deben contar con la infraestructura y el personal idóneo para garantizar el correcto ejercicio del DMD de sus pacientes; es decir, se debe contar no solo con el personal médico general, sino también con el especializado en la patología que afecta al enfermo terminal, además de todos los integrantes del CCI. No obstante, en muchos lugares de la geografía nacional solo se cuenta con el médico que desarrolla su práctica rural, es decir, no especializado, y no existe en el centro médico un psicólogo clínico o psiquiatra y menos un abogado. En estos casos, el personal requerido no es vinculado o contratado de manera permanente, sino que solo se presenta en aquellos lugares y momentos en los que surge una petición de eutanasia activa.

Así mismo, no hay suficiente claridad sobre la forma y el contenido que debe reunir el consentimiento informado para su validez, los protocolos que deben seguirse ni los perentorios plazos que deben respetarse. Tampoco se cuenta con un inventario detallado de las instituciones de salud a las que pueda exigírseles la conformación de estos Comités; por lo tanto, lo que se estudia y vigila es que en los casos reportados (24 casos a diciembre de 2017) se cumpla con el procedimiento establecido y el protocolo médico. Tal situación se ve reflejada en los innumerables casos de acción de tutela interpuestos para el amparo del DFMD.

Dado que no hay objeción de conciencia institucional, los establecimientos de salud consideran que el profesional médico debe ceder en el ejercicio de sus propios derechos,

ante la presunta prevalencia de los derechos del paciente, y practicar el procedimiento de eutanasia aun cuando esto atente contra sus más profundas convicciones éticas. Esto sucedería especialmente en aquellos lugares en los que no hay más que un profesional de la salud y a los que no es fácil que lleguen otros expertos.

Conclusiones

El derecho fundamental a morir con dignidad ha sido desarrollado jurisprudencialmente por la Corte Constitucional de Colombia a partir de principios y derechos fundamentales como la vida, la dignidad humana, la autonomía de la voluntad, la autodeterminación y el libre desarrollo de la personalidad. Esta emula al ser humano como un fin en sí mismo y como una entidad dotada de una dignidad tal que le permite decidir sobre su derecho a existir y sobre las condiciones en que considera válido vivir.

El derecho fundamental a morir con dignidad no solo se refiere al procedimiento de eutanasia activa, sino que incluye otros elementos, como información plena de las condiciones de la enfermedad y del tratamiento posible; pronóstico de vida; acceso a cuidados paliativos; emisión de un documento de voluntad anticipada, y la posibilidad de rehusarse a tratamientos o medicamentos, para lo cual los establecimientos de salud deberán contar con las instancias, los procedimientos y el personal idóneos para garantizarlos.

El Congreso de la República ha omitido por más de dos décadas legislar sobre el derecho fundamental a morir con dignidad, y el Poder Ejecutivo ha sido obligado, a través del

Ministerio de Salud y Protección Social, por mandato de la Corte Constitucional, a emitir parte de la reglamentación necesaria, sin que esta pueda alcanzar o suplir el rango legal que se requiere para abarcar todas las aristas que este derecho incluye.

El personal médico carece de normas claras que le permitan ejercer sus derechos y cumplir sus deberes profesionales y éticos con total libertad e independencia; además, la jurisprudencia le exige garantizar el derecho del paciente a morir con dignidad, pero la ley de ética médica, el CDU y el Código Penal le imponen respetar la vida y salud del paciente, exigencia que no puede entenderse al ser modificada por disposiciones de inferior rango normativo o como criterio auxiliar de interpretación, pues en estos eventos los médicos podrían estar incurso en las faltas disciplinarias contempladas en los artículos 34-1, 35-1 y 48-2 del CDU.

La reglamentación y la jurisprudencia colombiana han situado al país a la vanguardia en la protección de derechos individuales y han abordado la problemática de los pacientes terminales y sus familias, quienes, además de sufrir una condición médica indeseable, se ven abocados a trámites dispendiosos por parte de las instituciones, con lo que se les ha permitido disponer de su derecho a la vida. No obstante, la evolución normativa no ha sido paralela y se ha quedado rezagada en otros campos, como el civil, el disciplinario y el penal, con lo que se ha desamparado al médico, que debe ser garante del nuevo derecho.

El Estado colombiano debe expedir una legislación que ampare el derecho fundamental a morir con dignidad a través del Congreso de la República y debe regular condiciones claras para su ejercicio, no solo a favor del paciente,

sino del médico tratante, a fin de armonizarla con las demás disposiciones del ordenamiento jurídico y de evitar contraposición o incompatibilidad normativa.

Referencias

- Asociación Médica Mundial. (1948). Declaración de Ginebra, actualización del juramento hipocrático. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/nueva_version_j.hipocratico.pdf
- Asociación Médica Mundial. (1981). Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos del Paciente. Recuperado de <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-lisboa-de-la-amm-sobre-los-derechos-del-paciente/>
- Asociación Médica Mundial. (1987/2005). Declaración adoptada por la 39.^a Asamblea Médica Mundial Madrid, España, (1987, octubre) y reafirmada por la 170.^a Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, (2005, mayo).
- Asociación Médica Mundial. (2002). Declaración adoptada por la 53.^a Asamblea General. Washington, Estados Unidos.
- Asociación Médica Mundial. (2011). Declaración adoptada por la 62.^a Asamblea General. Montevideo, Uruguay.
- Bolívar, P. L. (2018). Protocolo de muerte digna en menores de edad. En *II Congreso Internacional de Estudios Interdisciplinarios e Investigación en Derecho: Bioética y Derechos Humanos*. Bogotá: Universidad Libre.
- Corte Constitucional. (1993). Sentencia T-493. Expediente T-16779. [MP Antonio Barrera Carbonell].
- Corte Constitucional. (1994). Sentencia C-221. Expediente D-429. [MP Carlos Gaviria Díaz].
- Corte Constitucional. (1997). Sentencia C-239. Expediente D-1490. [MP Carlos Gaviria Díaz].
- Corte Constitucional. (2002). Sentencia T-881. Expedientes T-542060, T-602073 y T-16779. [MP Antonio Barrera Carbonell].
- Corte Constitucional. (2003). Sentencia T-560. Expediente T-715446. [MP Jaime Córdoba Triviño].
- Corte Constitucional. (2014). Sentencia T-970. Expediente T- 4067849. [MP Luis Ernesto Vargas Silva].
- Corte Constitucional, Sala sexta de revisión. (2017). Sentencia T-423. Expediente T-6061533. [MP Ivan Humberto Escrucería Mayolo].
- Corte Constitucional. (2017). Sentencia T-544. Expediente T-6084435. [MP Gloria Stella Ortiz Delgado].
- Corte Constitucional, Sala cuarta de revisión. (2017). Sentencia T-721. Expediente T-6026987. [MP Antonio José Lizarazo Ocampo].
- Gómez Castedo, A. M. (2006). *Cuidados paliativos versus eutanasia*. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/47066039.pdf>.
- González Villamizar, L. E., Moreno Calderón, O. & Orozco Ruíz, D. A. (2015). *Descriminalización y derecho a morir dignamente: voluntades anticipadas* (tesis de Maestría en Derecho Penal y Criminología). Universidad Libre, Bogotá.
- Kant, E. (1977). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Madrid: Austral.

- Martínez, J.F. (2017). La relación ética, neurociencias y Derecho. Cuando la libertad individual está en entredicho es posible reafirma la libertad política. *Revista Diálogos de Saberes*, 47, 23-33.
- Merchan-Price, J. (2008). La eutanasia no es un acto médico. *Persona y Bioética*, 12(1). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222008000100005
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Protocolo para la Aplicación del Procedimiento de Eutanasia en Colombia. Bogotá: autor.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 2665 del 25 de Junio de 2018. Por medio de la cual se reglamenta parcialmente la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada. Bogotá.
- Monsalve Caballero, V. & Navarro Reyes, D. (2014). *El consentimiento informado en la praxis médica*. Bogotá: Témis.
- Ortega Díaz, A. (2016). *Eutanasia. De delito a derecho humano fundamental*. Bogotá: Ediciones de la U.
- Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. Estados Unidos: Harvard University Press.
- Real Academia Española. (2018). *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=H7n2lXw>
- Rivera Benítez, C. (2001). Aspectos éticos de la eutanasia. *Biblioteca Jurídica Virtual*, 177-182. México: UNAM.
- Rodota, S. (2010). *La vida y las reglas. Entre el derecho y el no derecho*. Madrid: Trotta.
- Sánchez Jiménez, E. M. (1999). *La eutanasia ante la moral y el derecho*. Sevilla: Universidad de Sevilla.

Bibliografía recomendada

- Ardila Quiroz, L. E., Oviedo Castro, J. C. & Pineda Álvarez, O. (2010). *Naturaleza jurídica del derecho disciplinario de los servidores públicos en Colombia* (tesis de maestría). Universidad Libre, Bogotá.
- Beristain, A. (1998). *Aproximaciones multidisciplinarias, criminológicas, al morir con dignidad: la eutanasia ayer, hoy y mañana*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Borrell Macía, A. (1954). *La persona humana*. Barcelona: Bosch.
- Cajiao, A. J. (2016). *El proceso disciplinario, Ley 734 de 2002, frente al debido proceso en los diferentes sujetos disciplinables* (tesis de pregrado). Universidad Libre, Bogotá.
- Camacho Fonseca, L. F. (2010). *Categorías dogmáticas del derecho penal comparadas con el derecho disciplinario* (tesis de maestría). Universidad Libre, Bogotá.
- Devis-Morales, E. (1997). Reflexiones sobre la eutanasia. *Revista Dikaion*, 23-47. Recuperado de <http://dikaion.unisabana.edu.co/index.php/dikaion/article/view/250/392>
- Escobar, C. (1997). Diálogos sobre eutanasia. *Ágora*, 14-32.
- Farfan Molina, F. (2008). *Eutanasia, derechos fundamentales y ley penal*. Bogotá: Nueva Jurídica.
- Forero Salcedo, J. R. (2001). *Vicisitudes del procedimiento disciplinario*. Bogotá: Personería de Bogotá.

- Forero Salcedo, J. R. (s. f.). *Estado constitucional, potestad disciplinaria y relaciones especiales de sujeción*. Bogotá: Procuraduría General de la Nación, Instituto de Estudios del Ministerio Público.
- García Pereáñez, J. A. (2016). Consideraciones del bioderecho sobre la eutanasia en Colombia. *Revista Latinoamericana de bioética*, 17(1), 200-221. DOI: 10.183559/rbi.2637
- Genecco, G. (s. f.). El principio del derecho procesal en el procedimiento disciplinario con énfasis en la prueba. *Ética, Derechos Humanos y Administración Tributaria*, 51.
- Gomez Pavajeau, A. (2004). *La dogmática del derecho disciplinario*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Gómez Pavajeau, A. (s. f.). *La relación especial de sujeción como categoría dogmática superior del derecho disciplinario*. Bogotá: Procuraduría General de la Nación, Instituto de Estudios del Ministerio Público.
- Maestre Cuello, M. C. (2001). *Eutanasia. Un asunto de cuidado intensivo* (tesis de pregrado en Derecho). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- Mejía Osman, J. (2015). *Derecho disciplinario sustancial especial y formal. Tomo I: derecho sustancial*. Bogotá: Doctrina y Ley.
- Padovani Canton, A. M. & Clemente Rodríguez, M. E. (2008). Eutanasia y legislación. *Revista Ciencias Médicas*, 12(2).
- Palacios Jaramillo, M. I. (2001). *Debido proceso disciplinario. Garantías constitucionales*. Bogotá: Librería del Profesional.
- Papaccini, A. (2010). *Derecho a la vida*. Cali: Programa Editorial.
- Sánchez Herrera, E. M. (s. f.). *Dogmática práctica del derecho disciplinario*. Bogotá: Nueva Jurídica.
- Sánchez Torres, F. (1995). *Temas de ética médica*. Bogotá: Giro.
- Sánchez Torres, F. (1997). *La eutanasia*. Bogotá: Giro.
- Secretaría del Senado. (2017). Proyecto de ley por medio del cual se crea el nuevo código de ética médica. Recuperado de <http://congresovisible.org/proyectos-de-ley/por-medio-de-la-cual-se-crea-el-nuevo-codigo-de-etica-medica-codigo-de-etica-medica/8074/>
- Tribunal Nacional de Ética Médica. (2015). Eutanasia: algunas reflexiones éticas jurídicas y filosóficas. *Gaceta Jurisprudencial*, 92-104.
- Vélez Correa, L. A. (2003). *Ética médica: interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Vergara Molano, A. (2010). *Derecho disciplinario de la abogacía. La ilicitud sustancial*. Bogotá: Nueva Jurídica.
- Vesga Niño, S., Fandiña Prieto, E. & Higuera Malaver, L. A. (2010). *El principio del debido proceso en el procedimiento disciplinario: análisis de su aplicación en el reglamento docente de la Universidad Libre* (tesis de maestría). Universidad libre, Bogotá.