

**LA EUTANASIA EN LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN COLOMBIA:
ALCANCES, TRAMITOLOGIA Y REALIDAD**

OMAR GIRALDO LEON

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

FACULTAD DE DERECHO

2019

**LA EUTANASIA EN LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN COLOMBIA:
ALCANCES, TRAMITOLOGIA Y REALIDAD**

OMAR GIRALDO LEON

Monografía para optar el título de ABOGADO

DIRECTOR

Dr. PEDRO GONZALEZ SEVILLANO

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

FACULTAD DE DERECHO

2019

CAPITULO 1. ASPECTOS GENERALES

RESUMEN.

El derecho fundamental que posee todo ser humano es el de la vida, sin embargo existen circunstancias en las cuales la vida del ser humano se puede ver afectada por condiciones de salud deplorables, que pueden traer como consecuencia una serie de sufrimientos innecesarios y una vida indigna, lo que lleva al dilema de cuestionarse si es más importante el cuidar la vida o evitar la prolongación de la agonía que culmina con la muerte.

La eutanasia ha sido un tema que ha generado polémica desde la antigua Grecia, los grandes filósofos como Sócrates, Platón, Aristóteles, Epicuro, hicieron referencia a esta y generaron los primeros debates entre los grupos pro-vida y pro-muerte digna. Más adelante en la Edad Media y el Renacimiento, se siguieron dando estos debates. Ahora continúa el debate con la intervención del punto de vista de la religión católica y del antropocentrismo. Los debates que hoy en día se generan en los diferentes ámbitos sociales son el resultado de todos estos acontecimientos históricos que se han apenas mencionado.

En el presente trabajo se ha tenido como objetivo general buscar dar respuesta al siguiente interrogante:

¿Cuáles son los alcances y limitaciones de la capacidad de decisión frente al derecho a morir dignamente en los niños, niñas y adolescentes en la actual normatividad vigente en Colombia?

Se plantearon los siguientes objetivos específicos:

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Presentar una semblanza de la evolución del concepto Eutanasia a partir de la concepción filosófico – jurídica de importantes pensadores de reconocida trayectoria en el contexto histórico mundial.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Revisar el concepto y contenido jurídico de la Eutanasia en niños, niñas y adolescentes desarrollado en la Resolución 825/2018 y Sentencia T 544 del 2017.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Contrastar los requisitos exigidos en la Resolución 825/2018 para la aplicabilidad del procedimiento de Eutanasia en los niños, niñas y adolescentes en Colombia.

OBJETIVO ESPECÍFICO 4: Realizar el análisis a los principios de celeridad y oportunidad en el trámite de la Eutanasia en los niños, niñas y adolescentes determinados en la normatividad vigente colombiana según la Resolución 825/2018.

PALABRAS CLAVE: EUTANASIA, DERECHO A MORIR DIGNAMENTE

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION.....	- 1 -
1.0 MARCO DE REFERENCIA.....	- 3 -
1.1 MARCO TEORICO.....	- 3 -
1.1.1 TEORIAS HERMENEUTICAS.....	- 3 -
1.2 ESTADO DEL ARTE.	- 5 -
1.3 MARCO CONCEPTUAL.....	- 8 -
CONCEPTO EUTANASIA.....	- 8 -
<input type="checkbox"/> Eutanasia Activa o Positiva.....	- 9 -
<input type="checkbox"/> Eutanasia pasiva o negativa.....	- 9 -
<input type="checkbox"/> Eutanasia directa.....	- 9 -
<input type="checkbox"/> Eutanasia Indirecta.....	- 10 -
<input type="checkbox"/> Distanasia.....	- 10 -
<input type="checkbox"/> Cuidados Paliativos.....	- 10 -
<input type="checkbox"/> Derecho fundamental a morir dignamente.....	- 11 -
<input type="checkbox"/> Suicidio Asistido.....	- 11 -
1.4. MARCO JURIDICO.....	- 12 -
<input type="checkbox"/> De rango constitucional:.....	- 12 -
<input type="checkbox"/> De rango legal:.....	- 13 -
<input type="checkbox"/> RESOLUCION 1216/2015 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.....	- 13 -
<input type="checkbox"/> RESOLUCION 825/2018 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.....	14 -
<input type="checkbox"/> Jurisprudencia.....	- 14 -
SENTENCIA T- 544 DEL 2017. CORTE CONSTITUCIONAL.....	- 14 -
2.0 METODOLOGIA.....	- 15 -
2.1 TIPO DE INVESTIGACION.....	- 15 -
2.2 METODO DE INVESTIGACIÓN.....	- 15 -
2.3 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN.....	- 16 -
2.4 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	- 17 -
CAPITULO 2. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	- 17 -

2.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO EUTANASIA DESDE LA CONCEPCIÓN FILOSÓFICO – JURÍDICA	- 17 -
2.1.1 REGLAMENTACION DE LA EUTANASIA EN COLOMBIA.	- 37 -
2.1.2 EUTANASIA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES. REGULACION NORMATIVA EN COLOMBIA.	- 41 -
2.2 CONCEPTO Y CONTENIDO JURIDICO DE LA EUTANASIA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES SEGÚN LA RESOLUCIÓN 825/2018 Y LA SENTENCIA T- 544 DEL 2017.	- 51 -
2.3 APLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE EUTANASIA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES: CONTRASTE DE REQUISITOS MÉDICO - JURÍDICOS. ..	- 64 -
2.3.1 PROCEDIMIENTO PARA HACER EFECTIVO EL DERECHO MORIR DIGNAMENTE EN NNA.	- 68 -
2.3.2 FACTORES MEDICO – JURIDICOS QUE INCIDEN EN LA APLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE EUTANASIA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.	- 73 -
2.4 IMPORTANCIA DE LOS PRINCIPIOS DE CELERIDAD Y OPORTUNIDAD EN EL TRÁMITE DE LA EUTANASIA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES SEGÚN LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN COLOMBIA.	- 82 -
3.0 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	- 93 -
3.1 CONCLUSIONES	- 94 -
3.2 RECOMENDACIONES	- 98 -
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	- 99 -

INTRODUCCION.

Uno de los temas más complejos que denota la existencia de múltiples intereses, que además ha generado infinidad de debates no solo políticos, jurídicos e incluso sociales y que ha ocasionado en los últimos tiempos mayor divergencia entre los actores (sociales, religiosos, políticos, etc.) en Colombia es sin duda la Eutanasia, máxime si se trata de aplicarla en menores de edad.

No se puede poner en duda la complejidad del asunto por diversas razones: los menores de edad son una población vulnerable desde todo punto de vista; tienen autonomía, aunque limitada; tienen distintos niveles de incapacidad legal; en la toma de sus decisiones intervienen inevitablemente terceros (los padres) con posibilidad de conflicto de interés y riesgo moral; existen reglas de familia; se deben tomar decisiones racionales en el ámbito de la incertidumbre; las acciones presentes tienen consecuencias en la vida futura del paciente, su familia, la sociedad y el sistema de salud.

Y son numerosas las preguntas que es preciso formularse: ¿Cuál es el mejor interés del menor? ¿Quién lo debe representar? ¿Cuándo y en que situaciones el menor representa su mejor interés? ¿Qué se debe hacer ante discrepancias en las decisiones? ¿Cómo definir una situación de final de la vida en menores de edad? ¿Con qué criterios se debe construir esta decisión? ¿Cómo se deben limitar los esfuerzos terapéuticos? ¿Se está prolongando innecesariamente el proceso de muerte? ¿La acción de salud es útil, o es fútil? Y finalmente: ¿Cómo balancear la buena práctica médica en situaciones al límite de la vida, en donde el médico y la familia del niño, en un natural interés por salvar su vida, no excedan los esfuerzos terapéuticos y produzcan un mayor daño que el beneficio deseado?

Es por ello que con el presente trabajo de investigación se analizaron los alcances y limitaciones de la capacidad de decisión frente al derecho a morir dignamente en los niños, niñas y adolescentes desarrollado en la normatividad vigente en Colombia.

El documento está distribuido de la siguiente forma:

En el capítulo 1, Aspectos generales, se incluye y se desarrolla el marco teórico, el marco conceptual y el marco jurídico.

En el capítulo 2, Resultados de la Investigación, se presentan los datos correspondientes a cada uno de los objetivos formulados.

En el capítulo 3. Conclusiones y recomendaciones.

Teniendo clara la división de los temas a desarrollar, es importante notar que el derecho a morir con dignidad en niños, niñas y adolescentes ha enriquecido el debate sobre la eutanasia en diversos aspectos, de tal suerte que a veces se plantea que la solución no está en la eutanasia sino en el mejoramiento de los sistemas de salud y un trato más caritativo.

Nota Aclaratoria: Dentro de la revisión bibliográfica y las reflexiones realizadas de la presente investigación, es necesario resaltar que el concepto de Eutanasia está sujeto a diversas variaciones de acuerdo a la legislación o al autor que se esté abordando como fundamento argumentativo de las posturas presentadas, así pues, se utilizan los conceptos de Eutanasia, Suicidio Médico Asistido, Ayuda en la Muerte o Muerte Asistida con el mismo fin y sostenidos en el contexto propio que le atañe en el momento de abordarlo.

1.0 MARCO DE REFERENCIA

1.1 MARCO TEORICO

1.1.1 TEORIAS HERMENEUTICAS

La teoría general de la interpretación de Emilio Betti.

La teoría hermenéutica de Betti levanta progresivamente el vuelo desde "Las categorías civilísticas de la interpretación" (1948) y "La interpretación de la ley y de los actos jurídicos" (1949), para desarrollar una auténtica "Teoría general de la interpretación" (1955). En su fase más madura, pues, la teoría general de la interpretación de Betti pretende ser una teoría hermenéutica válida tanto para el ámbito del derecho como para cualquier otro campo interpretativo: la música, la escena, etc. Esto aparte, la teoría hermenéutica de Betti representa un hito importante en la evolución del método jurídico. Muchos de los puntos cardinales de la misma buscaban responder a los problemas de fundamentación a los que se enfrentaba en ese momento la ciencia jurídica como consecuencia de la crisis del método deductivo. El positivismo de Kelsen y Hart ofrecía una fundamentación político-jurídica que no era de recibo para una ciencia jurídica que todavía añoraba alcanzar la realización efectiva de los principios básicos del método jurídico tradicional. La crisis del método lógico-deductivo había puesto en solfa una dogmática autoritaria basada en el postulado del legislador racional; pero la ciencia jurídica seguía siendo dogmática. Betti consciente de la crisis del método tradicional, no arroja la toalla y persigue construir una nueva fundamentación de las posibilidades de la certeza. En este sentido, parece tener claro que, una vez despojada de sus ropajes autoritarios, la verdad sólo puede descansar en el método. Por

eso, la obra de Betti representa un colosal intento de reconstrucción metodológica de las posibilidades de la certeza en la interpretación jurídica. (Teresa Picontó Novales, Universidad de Zaragoza)

La hermenéutica filosófica de Hans-Georg Gadamer. Contexto, sujeto y verdad.

El punto de partida del filósofo alemán Hans-Georg Gadamer poco tiene que ver con el de Betti. En primer lugar, el talante de ambos es completamente dispar. Como también lo van a ser los motivos y las preocupaciones de las que parten. Gadamer es un filósofo y su acercamiento a los planteamientos hermenéuticos no está motivado ni por la crisis del método jurídico tradicional, ni por un planteamiento práctico inmediato. Tampoco tiene que ver con la pretensión una doctrina general de la interpretación y una exposición de las diferencias metodológicas que concurren en cada ámbito de la interpretación. La finalidad que persigue Gadamer pasa por elucidar los mecanismos de la comprensión. Se trata de una intención puramente filosófica que va incluso más allá de toda actividad interpretativa en tanto que comportamiento subjetivo. La hermenéutica filosófica de Gadamer es más una teoría del conocimiento que un método hermenéutico o el desarrollo de una técnica interpretativa general o específica. Gadamer llega incluso a presentar la hermenéutica filosófica como una auténtica "filosofía de la praxis". La hermenéutica jurídica sólo juega un papel subsidiario en el desarrollo de su construcción. Es una especie de campo de pruebas en el que Gadamer se detiene para someter a revisión la consistencia de su teoría. A pesar de ello, sobre todo teniendo en cuenta las repercusiones de la misma en la ciencia jurídica alemana, de cuya teoría de la interpretación es precursor y contemporáneo, puede merecer la pena detenerse a estudiar sus planteamientos y a confrontarlos con los de Betti. Gadamer repara en la

importancia de la hermenéutica jurídica al considerar que la interpretación en el ámbito del derecho tiene un significado paradigmático para elucidar lo que es la "comprensión". Más concretamente, considera que "la hermenéutica jurídica recuerda por sí misma el auténtico procedimiento de las ciencias del espíritu". La interpretación de las fuentes legales que realizan los juristas es, en su opinión, una tarea eminentemente práctica que consiste en la mediación de la idea jurídica con el presente a partir del caso. (Picontó Novales, Universidad de Zaragoza)

1.2 ESTADO DEL ARTE.

Brigard Pérez en artículo publicado como "Colombia frente a la eutanasia", en su condición de abogada, especialista en temas de Responsabilidad Médica y Seguridad Social sobre el tema de la Eutanasia dice:

En el año de 1997, el ciudadano José Eurípides Parra, ejerciendo la acción pública de inconstitucionalidad consagrada en el artículo 241 de la Constitución Política, demandó el Artículo 326 del Código Penal, por considerar que violaba disposiciones fundamentales de la Constitución (entre ellas las que consagran y protegen el derecho a la vida), argumentando que el rol principal del Estado Social de Derecho es garantizar la vida de las personas, protegiéndolas de manera muy especial cuando se encuentran en estado de vulnerabilidad o peligro (como sería el caso de las personas enfermas), motivo por el cual -en su opinión- al tener vigencia una norma que permite la disposición de la vida de un tercero, con una pena mínima, se estaría vulnerando el derecho a la igualdad, favoreciendo con una pena inferior a la normal a quien acaba con la vida, precisamente, de un ser indefenso. El

demandante considera que quien tiene deficiencias en su salud tiene derecho a la vida y que permitir que se le suprima, aun con una motivación altruista, representa una discriminación inaceptable, una apreciación relativa del valor de la vida humana y una figura despreciable que tolera liberarse de la carga social que representan las personas enfermas. (Brigard Pérez, 2009)

Argumenta la autora del mencionado artículo que de acuerdo con tal cuestionamiento, la Corte Constitucional procedió a estudiar el tema, declarando que no solo era constitucional el artículo cuestionado, sino que en el evento en que se tratara de pacientes terminales que soliciten libre y voluntariamente a un médico su intervención efectiva para terminar su vida, que resulta insoportable por el dolor de una enfermedad en estado terminal, no podrá derivarse responsabilidad alguna para el médico autor, pues su conducta está justificada.

De igual manera, en el libro “Morir Bien” de Isa Fonnegra de Jaramillo, (2006) se puede extraer literalmente lo siguiente:

En opinión de la Corte Constitucional, “los derechos fundamentales, no obstante su consagración constitucional y su importancia, no son absolutos”, por lo tanto, tampoco lo es el deber de garantizarlos, pues el titular del derecho puede poner límites –con su decisión personal e intransferible- de mantener o no vigente el derecho que le asiste. El deber del Estado de proteger la vida debe ser entonces compatible con el respeto a la dignidad humana y al libre desarrollo de la personalidad. Por ello la Corte considera que frente a los enfermos terminales que experimentan intensos sufrimientos, este deber estatal cede frente al consentimiento informado del paciente que desea morir en forma digna. En efecto en este caso, el deber estatal se debilita considerablemente por cuanto, en virtud de los informes

médicos, puede sostenerse que, más allá de toda duda razonable, la muerte es inevitable en un tiempo relativamente corto. En cambio, la decisión de cómo enfrentar la muerte adquiere una importancia decisiva para el enfermo terminal, que sabe que no puede ser curado, y que por ende no está optando entre la muerte y muchos años de vida plena, sino entre morir en las condiciones que él escoge, o morir poco tiempo después en circunstancias dolorosas y que juzga indignas. El derecho fundamental a vivir en forma digna implica entonces el derecho a morir dignamente, pues condenar a una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece intensas aflicciones, equivale no solo a un trato cruel e inhumano, prohibido por la Carta (C. P. Artículo 12), sino a una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral. La persona quedaría reducida a un instrumento para la preservación de la vida como valor abstracto”. (“Morir Bien” de Fonnegra de Jaramillo, 2006)

En la posición de la autora, la Corte concluye que el Estado no puede oponerse a la decisión del individuo que no desea seguir viviendo y solicita que le ayuden a morir, cuando sufre una enfermedad terminal que le produce dolores insoportables, incomparables con su idea de dignidad. No se trata de restarle importancia al deber del Estado de proteger la vida sino, como ya se ha señalado, de reconocer que esta obligación no se traduce en la preservación de la vida sólo como un hecho biológico.

De acuerdo con el texto citado, (Fonnegra de Jaramillo, 2006), La Corte Constitucional determinó que en Colombia no resulta punible (es decir penalmente reprochable) la conducta concertada entre un médico y su paciente, consciente y capaz, que, al sufrir

una enfermedad incurable y padeciendo intensos dolores, solicita libremente su intervención para poner fin a su existencia.

1.3 MARCO CONCEPTUAL

Para realizar la investigación fue necesario definir los conceptos claves, como lo son:

CONCEPTO EUTANASIA

El término eutanasia proviene de los vocablos griegos *eu* (bien) y *thanatos* (muerte), entendiéndose esto como “buena muerte”. La palabra Eutanasia es usada por primera vez en el siglo XVII, por el escritor inglés Francis Bacon, refiriéndose a las enfermedades sin cura.

Recientemente, la Organización Mundial de la Salud ha definido la eutanasia como aquella acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente.

La eutanasia consiste en una acción u omisión que conlleva a la muerte de una persona enferma, con el fin de evitar la prolongación del sufrimiento de esta, por parte del personal médico.

Para la configuración de esta, se requieren dos situaciones, que el paciente se encuentre en delicado estado de salud a causa de una enfermedad terminal o sin cura alguna, y que la aplicación de esta sea por voluntad del paciente o por solicitud de sus parientes, en caso tal de que sea imposible para el paciente solicitarla por sí mismo.

Las definiciones sobre eutanasia son múltiples y actualmente no se cuenta con alguna totalmente aceptada. No obstante, lo que sí está claro es que en este procedimiento deben

concurrir los siguientes elementos: (i) el sujeto pasivo que padece una enfermedad terminal; (ii) el sujeto activo que realiza la acción u omisión tendiente a acabar con los dolores del paciente quien, en todos los casos, debe ser un médico; (iii) debe producirse por petición expresa, reiterada e informada de los pacientes. Así, la doctrina ha sido clara en señalar que cuando no existen de los anteriores elementos, se estará en presencia de un fenómeno distinto que no compete en sí mismo a la ciencia médica. Sin embargo, cuando se verifican en su totalidad, la eutanasia puede provocarse de diferentes maneras. (Corte Constitucional, 2014)

- **Eutanasia Activa o Positiva**

Será activa o positiva (acción) cuando existe un despliegue médico para producir la muerte de una persona como suministrar directamente algún tipo de droga o realizando intervenciones en busca de causar la muerte. (Corte Constitucional, 2014)

- **Eutanasia pasiva o negativa**

La eutanasia es pasiva o negativa (omisión) cuando quiera que, la muerte se produce por la omisión de tratamientos, medicamentos, terapias o alimentos. En este tipo de eutanasia, la actuación del médico es negativa pues su conducta es de “no hacer”. En otras palabras, se culmina todo tipo de actividad terapéutica para prolongar la vida de una persona que se encuentre en fase terminal. (Corte Constitucional, 2014)

- **Eutanasia directa**

Es directa cuando existe una provocación intencional del médico que busca la terminación de la vida del paciente. (Corte Constitucional, 2014)

- **Eutanasia Indirecta**

La eutanasia es indirecta cuando se origina sin la intención de causar la muerte de la persona. Según algunos autores, eso no es eutanasia pues precisamente uno de los elementos de esta práctica es la provocación intencional de la muerte. En todo caso, en esos eventos la muerte no es pretendida, sino que puede ser originada por efectos colaterales de tratamientos médicos intensos. Esta clasificación ha dado lugar a hablar de eutanasia voluntaria, involuntaria y no voluntaria. Brevemente, en la voluntaria el paciente logra manifestar su voluntad, mientras que la involuntaria, a pesar de poderla consentir, se realiza el procedimiento sin obtenerla. En cambio, la eutanasia no voluntaria sucede cuando no se puede averiguar la voluntad de quien muere, por la imposibilidad de expresarla. Aunque sean similares las clasificaciones, directa e indirecta se dan con ocasión de la voluntad del médico. Por el contrario, la voluntaria, involuntaria y no voluntaria se dan con base en el consentimiento del paciente. (Corte Constitucional, 2014)

- **Distanasia**

La distanasia supone la prolongación de la vida por cualquier medio, incluso, causando efectos perversos en la salud, dignidad y vida del paciente. El objetivo de esta práctica consiste en impedir innecesariamente la muerte de la persona. Dado que la distanasia prolonga la vida de manera innecesaria, la ciencia médica ha optado por establecer tratamientos en los cuales se garantice la dignidad y el no sufrimiento de las personas. Ese es el caso de los cuidados paliativos que parte de un supuesto y es la no voluntad del paciente para morir. (Corte Constitucional, 2014)

- **Cuidados Paliativos**

Es un tratamiento médico que dignifica la vida de quienes inevitablemente van a morir, pero que su voluntad no es otra a que llegue la muerte de forma natural. Recientemente,

esta Corporación dio un debate acerca de la constitucionalidad de la ley de cuidados paliativos. Este procedimiento es una alternativa intermedia a la eutanasia y distanasia. En efecto, no prolonga innecesariamente la vida, pero tampoco la termina deliberadamente ya que el paciente no lo quiere así. El objetivo es orientar los tratamientos médicos al alivio del dolor, en vez de buscar la sanación del enfermo. (Corte Constitucional, 2014)

- **Derecho fundamental a morir dignamente**

El derecho a morir dignamente, es un derecho fundamental. Esta garantía se compone de dos aspectos básicos: por un lado, la dignidad humana y por otro, la autonomía individual. En efecto, la dignidad humana es presupuesto esencial del ser humano que le permite razonar sobre lo que es correcto o no, pero también es indispensable para el goce del derecho a la vida. El derecho a morir dignamente es un derecho autónomo, independiente pero relacionado con la vida y otros derechos. No es posible considerar la muerte digna como un componente del derecho a la autonomía, así como tampoco es dable entenderlo como una parte del derecho a la vida. Sencillamente, se trata de un derecho fundamental complejo y autónomo que goza de todas las características y atributos de las demás garantías constitucionales de esa categoría. Es un derecho complejo pues depende de circunstancias muy particulares para constatarlo y autónomo en tanto su vulneración no es una medida de otros derechos. (Corte Constitucional, 2014)

- **Suicidio Asistido**

Se conoce como “El acto de acabar con la propia vida de forma intencional, con la asistencia de otra persona que proporciona deliberadamente el conocimiento, los medios, o ambos”. Quien efectúa finalmente el procedimiento es el paciente, no el médico (en el caso del suicidio asistido por médico. (Arango, Muños, Naranjo, 2014)

1.4. MARCO JURIDICO

Las normas que se refieren sobre la Eutanasia son las siguientes:

- **De rango constitucional:**

Artículo 12. Nadie será sometido a desaparición forzada, a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.” En este artículo se puede evidenciar que ninguna persona y menos un paciente que padece una enfermedad grave e incurable, sin contar el sufrimiento es insoportable no tiene por qué estar sometido a esto.

Artículo 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.

El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.” Es preciso anotar que el ultimo inciso de este artículo establece que es deber del Estado proteger a personas que se encuentre en circunstancias de debilidad manifiesta, y es lo que no está haciendo el Estado con los pacientes que desean tener una muerte digna sin tener que estar aguantando intensos dolores por causa de una enfermedad grave.

Artículo 16. Todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico”

Artículo 18. Se garantiza la libertad de conciencia. Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas ni obligado a actuar contra su conciencia”

Artículo 21. Se garantiza el derecho a la honra. La ley señalará la forma de su protección.

- **De rango legal:**

De rango legal se tiene el código penal, ley 599 de 2000, se cita el artículo 106. Homicidio por piedad. <Penas aumentadas por el artículo 14 de la Ley 890 de 2004, a partir del 1o. de enero de 2005. El texto con las penas aumentadas es el siguiente:> El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de dieciséis (16) a cincuenta y cuatro (54) meses.

- **RESOLUCION 1216/2015 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL**

“Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la Sentencia T-970 de 2014 de la honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad”

- **RESOLUCION 825/2018 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL**

Por medio de la cual se reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes.

- **Jurisprudencia.**

SENTENCIA T- 544 DEL 2017. CORTE CONSTITUCIONAL

Referência: Expediente T-6.084.435

Acción de tutela formulada por *Irene y Alfredo* contra *SALUD EPS*

Procedencia: Juzgado Segundo Promiscuo Municipal de *Amarillo*

Asunto: petición relacionada con el ejercicio del derecho a la muerte digna y a la adecuada prestación de servicios de salud a un joven menor de edad.

CONTENIDO: el derecho fundamental a la muerte digna en Colombia, desarrollo jurisprudencial y normativo. El reconocimiento del carácter fundamental del derecho a la muerte digna obedece a la dignidad humana, la cual le impide al Estado y a terceros imponerles a las personas la prolongación de su vida por un limitado espacio de tiempo, en la medida en que se trata de enfermos en fase terminal, y obligarlos a soportar graves sufrimientos e intensos dolores. ahora bien, establecido que el derecho fundamental se predica de todos los asociados y deriva de la dignidad de la que son titulares por su

condición de seres humanos, la sala reconoce que la materialización del derecho presenta algunas diferencias y particularidades en relación con los niños, niñas y adolescentes, principalmente en los aspectos relacionados con el consentimiento y la manifestación de la voluntad, las cuales no pueden llevar a desconocer que son titulares del derecho y especialmente cuando se trate de menores de edad.

TEMAS ESPECÍFICOS: derechos fundamentales del menor de edad, principio de dignidad humana, paciente en fase terminal, derechos del paciente en fase terminal, derecho a la muerte digna

SALA: QUINTA DE REVISIÓN

Magistrada Ponente:
GLORIA STELLA ORTIZ DELGADO

2.0 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE INVESTIGACION

El tipo de investigación desarrollado fue el estudio o investigación básica, realizada a partir del estudio de la sentencia T – 544 del 2017 y la Resolución 825 del 2018 del Ministerio de Protección Social en lo concerniente a la Eutanasia en Niños, Niñas y Adolescentes en Colombia, su funcionamiento, la evolución que ha dado la jurisprudencia sobre el tema, y finalmente la determinación de la capacidad legal del manifiesto de voluntad del menor en pro de acceder a su derecho a morir dignamente.

2.2 METODO DE INVESTIGACIÓN.

El método aplicado fue el análisis cualitativo, teniendo en cuenta que a partir de la consulta de fuentes bibliográficas existentes de recursos físicos y digitales, se hizo un compendio del alcance de la capacidad legal de los niños, niñas y adolescentes frente al ejercicio de hacer efectivo su derecho a morir dignamente.

2.3 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN

Las técnicas de investigación para la recolección de información de acuerdo a cada uno de los objetivos específicos de la presente investigación fueron:

Objetivo 1: Presentar una semblanza de la evolución del concepto Eutanasia a partir de la concepción filosófico – jurídica de importantes pensadores de reconocida trayectoria en el contexto histórico mundial.

- **Fuentes de Información secundarias:** se recurrió a la información correspondiente al devenir histórico de autores que, desde la filosofía y otras ciencias afines, han aportado su concepción frente a la eutanasia partiendo desde la Grecia Antigua y atravesando las diferentes edades históricas.

Objetivo 2: Revisar el concepto y contenido jurídico de la Eutanasia en niños, niñas y adolescentes desarrollado en la Resolución 825/2018 y Sentencia T - 544 del 2017.

- **Fuentes de información secundarias:** Se realizó la revisión de la Resolución 825/2018, Sentencia T – 544 del 2017, jurisprudencia Nacional de la Corte Constitucional sobre Eutanasia.

Objetivo 3: Contrastar los requisitos exigidos en la Resolución 825/2018 para la aplicabilidad del procedimiento de Eutanasia en los niños, niñas y adolescentes en Colombia.

- **Fuentes de información secundarias:** Se realizó la revisión y análisis jurídico de la Resolución 825/2018

Objetivo 4: Realizar el análisis a los principios de celeridad y oportunidad en el trámite de la Eutanasia en los niños, niñas y adolescentes determinados en la normatividad vigente colombiana según la Resolución 825/2018.

- **Fuentes de información secundarias:** Se realizó la revisión y análisis jurídico de la Resolución 825/2018.

2.4 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Por ser información netamente cualitativa el procedimiento metodológico para el análisis fue el recomendado por el paradigma hermenéutico a través de la caracterización, codificación e inferencia.

CAPITULO 2. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO EUTANASIA DESDE LA CONCEPCIÓN FILOSÓFICO – JURÍDICA

Desde un punto de vista muy general se entiende por eutanasia el hecho de provocar directamente la muerte de una persona con la finalidad de terminar una vida de sufrimiento, marcada por el padecimiento de una situación indigna o por una carencia física grave e irreversible. Hay que decir que la eutanasia ha existido siempre, incluso la realizada por uno mismo; de hecho, era muy frecuente en la antigüedad clásica griega entre los intelectuales, como describe Diógenes Laercio en su obra Vidas de filósofos más ilustres.

En la filosofía greco-romana clásica se conocen diferentes posturas y definiciones de la eutanasia, cuyo significado etimológico es *bueno muerte*. Sin embargo, no solo existen referencias a lo bueno, sino a lo digno, a lo deseado, al sufrimiento, a la voluntad del que va a morir.

Para efectos de la revisión del concepto de eutanasia, se hace especial referencia a la historiografía planteada por Humphry y Wickett, (1990). La referencia grecorromana más antigua sugiere con ello una muerte tranquila, sin ningún dolor. Se decía en aquel entonces que era la invocación preferente del emperador César Augusto; es decir, acerca de una “muerte dulce e indolora”, para él y su familia.

Gracia (1990) en “Historia de la eutanasia” hace alusión a esta práctica, al remontarse a los pueblos primitivos de la prehistoria, que permitían a sus congéneres “dejar morir” a incapaces, inválidos, ancianos o enfermos incurables. El autor también referencia a lo que él denomina la medicalización de la eutanasia en la antigüedad, cuando los griegos dejaron este encargo en los médicos, sucesores de la tradición hipocrática, quienes “juraban” nunca ofrecer a los pacientes fármacos letales, a pesar de que ellos mismos los solicitaran con vehemencia, a causa de sus intensos dolores y múltiples padecimientos.

El origen de la Eutanasia nos remite, en primer lugar, a la cuna de la civilización occidental, Grecia. Los filósofos griegos, fueron las primeras personas en la historia en referirse a la situación de los enfermos dentro de la sociedad.

Aristóteles (384 – 322 AC) y Platón (427 - 347 AC) hablan de las vidas útiles, y de la importancia de los ciudadanos sanos en la idea de perfección de la ciudad. En ese sentido el primero de los filósofos dirá sobre los hijos que es necesario abandonar

[...] convendrá que la ley prohíba que se cuide en manera alguna a los que nazcan deformes; y en cuanto al número de hijos, si las costumbres resisten el

abandono completo, y si algunos matrimonios se hacen fecundos traspasando

los límites formalmente impuestos a la población, será preciso provocar el aborto antes de que el embrión haya recibido la sensibilidad y la vida. **El carácter criminal o inocente de este hecho depende absolutamente sólo de esta circunstancia relativa a la vida y a la sensibilidad.** (Aristóteles, Política, Libro IV, capítulo XIV)

Por otro lado Platón decía en la República y apoyándose en el tipo de medicina llevada adelante por Esculapio que

Respecto a los cuerpos radicalmente enfermizos, **no creyó conveniente alargarles la vida y los sufrimientos por medio de un régimen constante de inyecciones y evacuaciones bien dispuestas**, ni ponerlos tampoco en el caso de dar al Estado súbditos que se le pareciesen. Creyó, en fin, que no deben curarse aquellos que por su mala constitución no pueden aspirar al término ordinario de la vida marcada por la naturaleza, porque esto no es conveniente ni para ellos ni para el Estado. (Platón, 1872, p. 182)

De igual manera sostenía que “Se establecerán en el Estado una disciplina y una jurisprudencia que se limite a cuidar de los ciudadanos de cuerpo y alma; se dejará morir a quienes no sean sanos de cuerpo”. Así mismo en otro aparte de su obra refirió: “quien no es capaz de desempeñar las funciones

que le son propias, no debe recibir cuidados, por ser una persona inútil tanto para sí mismo como para la sociedad”.

En el caso de estos filósofos (Platón y Aristóteles) se piensa en la utilidad de la vida, donde el estado sano de la sociedad es directamente proporcional a la salud de las personas que la integran, estas condiciones para tener una sociedad sana habla más del poder de la comunidad para decidir sobre esos cuerpos enfermos, que de las intenciones de querer o no, morir por parte de esas personas.

Por otro lado se encuentra la figura de Hipócrates (460 - 370 AC), médico, quien elaboró un juramento para los hombres que se dedicaran a esa labor, en ese escrito se refiere al suicidio y a la ayuda a morir de la siguiente forma:

Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechosa según mis facultades y a mí entender, evitando todo mal y toda injusticia. No accederé a pretensiones que busquen la administración de venenos, ni sugeriré a nadie cosa semejante; me abstendré de aplicar a las mujeres pesarios abortivos. (Hipócrates, Juramento Hipocrático Clásico).

Siendo contemporáneo de Platón y de Sócrates era muy claro en advertir a los médicos sobre estas situaciones, convirtiéndolas en cosas contrarias a la labor. Es en los argumentos filosóficos de Cicerón y de Séneca que se ve una aproximación a la acción individual de terminar con la vida, sus justificaciones traen al discurso el asunto de la dignidad que hay en la muerte, y un estado de vida ideal.

En el caso de Marco Tulio Cicerón (106 – 43 AC), reconocido jurista, político, filósofo, escritor y orador romano en sus Cartas a Ático, emplea la palabra eutanasia como muerte

digna, honesta y gloriosa. Hacía referencia al suicidio que no era del todo aceptado en su sociedad, pero que en ciertos casos llevaba a una muerte digna, y ese era el suicidio heroico.

Los filósofos clásicos trataron de la eutanasia frecuentemente. Así, los estoicos decían que «la puerta está siempre abierta», concibiendo la muerte como una salida cuando, por la causa que sea, el peso de la vida se hace intolerable; la razón que esgrimían radicaba en que la vida se consideraba cosa de nuestra propiedad (por cierto que en la redacción de la Declaración Universal de Derechos Humanos se debatió esta misma idea, y se decidió finalmente no aceptar el derecho a la vida como el derecho a disponer libremente de ella).

Epicuro (341-270 AC), filósofo griego, fundador del Epicureísmo, que defendía el derecho a una vida feliz mediante la búsqueda de placeres, defendía el derecho de toda persona de no estar obligada a soportar sufrimientos, y que el hombre debía satisfacer las necesidades que dependiendo de su condición necesitase. El hombre debía evitar el dolor. A razón de su pensamiento de evitar el dolor por sobre todo y de la búsqueda constante del placer, y debido a los cálculos renales que lo hacían padecer fuertes dolores, decidió acabar con su vida de manera voluntaria.

Dentro de la civilización Romana, el tema de la eutanasia también fue ampliamente tratado tanto por filósofos como por personajes políticos.

Séneca (54 AC.- 39 DC.), filósofo romano, defiende la eutanasia en su obra Cartas, desde donde expresa y defiende su posición personal frente a la Eutanasia. Hace claridad respecto a que:

El sabio se separará de la vida por motivos bien fundados: para salvar a la patria o a los amigos, pero igualmente cuando está agobiado por dolores demasiado crueles, en casos de mutilaciones o de una enfermedad incurable; no se dará muerte, si se trata de una enfermedad que puede ser curada y no daña el alma; no se matará por los dolores, sino cuando el dolor impida todo aquello por lo que se vive; prefiero matarme a ver cómo se pierden las fuerzas y cómo se está muerto en vida. Por su parte, los médicos deben aplicar remedios al enfermo, pero a quienes no puedan prolongar la vida, les facilitan una muerte llevadera. (Séneca)

Como se refleja en dicha obra, Séneca estaba de acuerdo con interrumpir la vida de un enfermo, siempre y cuando este tuviera una enfermedad incurable, y el sufrimiento fuese insoportable.

Para Séneca la preocupación no estaba en cuándo vamos a morir sino en el cómo, es en este punto que introduce una definición del morir bien “No tiene importancia morir más pronto o más tarde; tiene importancia el morir bien o mal, más el morir bien es huir del peligro de vivir mal” (Séneca, Carta 70), sus cartas hablan varias veces sobre el suicidio y sobre no temer a la muerte, esto se ve cuando le habla a Lucilio en una de sus cartas sobre la experiencia de Tulio Marcelino:

Tulio Marcelino, a quien conociste muy bien, joven reposado, envejecido prematuramente, al verse acosado por una enfermedad, no incurable, por cierto, pero larga, penosa y que reclamaba mucha atención, se puso a reflexionar si se daría la muerte. Reunió numerosos amigos. De éstos, unos, atendiendo a la timidez de él, le daban el consejo que se hubieran dado a sí

mismos; otros, a fuerza de serviles y lisonjeros, le aconsejaban lo que suponían

sería más grato a sus cavilaciones. (Séneca, Carta Entereza Necesaria para el suicidio, p. 48).

Y después dirá sobre el consejo dado por un estoico:

No te atormentes, querido Marcelino, como quien delibera sobre un gran asunto. No es un gran asunto la vida; todos tus esclavos, todos los animales viven. La gran proeza estriba en morir con honestidad, con prudencia, con fortaleza. Reflexiona cuánto tiempo hace que te ocupas de las mismas cosas: la comida, el sueño, el placer sexual; nos movemos en esta órbita. El deseo de

morir no solo puede afectar al prudente, al valeroso, o al desdichado, sino también al hastiado de la vida. (Séneca, Carta Entereza Necesaria para el suicidio, p. 48).

Y sobre lo que deberían hacer las personas a su alrededor:

No precisaba Marcelino de exhortación, sino de ayuda; los esclavos no querían

secundar sus deseos. **Primeramente el estoico les quitó el miedo, indicándoles que la servidumbre sólo corre peligro cuando no está claro que la muerte del señor haya sido voluntaria;** que, por lo demás, darían tan mal ejemplo causando la muerte a su dueño como apartándole de ella. (Séneca, Carta Entereza Necesaria para el suicidio, p. 48)

Marcelino murió debido a un ayuno de tres días. En estos tres fragmentos se puede ver que Séneca no está a favor de que una persona produzca la muerte del otro, en ese caso no estaría entendiendo la eutanasia como se hace actualmente, pero el suicidio sería la consecución de una buena muerte, una eutanasia en su sentido etimológico.

El emperador César Augusto, (63 A.C.- 19 D.C), era un gran partidario de la aplicación de la eutanasia, tanto para él como para su familia, de acuerdo a los relatos del historiador romano Suetonio quien en su obra *Vida de los Césares* dice del emperador Augusto: « Su muerte fue tranquila y como siempre la había deseado; porque cuando oía que alguien había muerto de una muerte rápida y sin tormento, pedía para sí y los suyos una eutanasia semejante».

Plinio “El Viejo” (23-79 D.C.), científico, escritor y naturalista romano, quien con el fin de colaborar con el personal médico, elaboró una lista contenido en su obra *Historia Natural*, en donde da una serie de enfermedades, a partir de las cuales los médicos podían tomar la decisión de acelerar la muerte del enfermo. Y dice lo siguiente: “es un gran consuelo pensar que Dios no lo puede todo. Él no puede quitarse la vida. Este derecho es lo mejor que le ha concedido al hombre.” (Citado por Rodríguez, 1997, p. 222).

San Agustín de Hipona, (354-430), máximo representante del cristianismo, antes de hablar del derecho natural, hace referencia a la Ley Eterna o *Lex Aeterna*, la cual tiene su fundamento en la gracia de Dios, esta hace referencia a un orden natural que debe ser respetada por encima de toda perturbación, ya que es anterior al Estado y a cualquier otra ley. San Agustín, afirma que un acto prohibido por la ley “No es malo porque esté prohibido, sino que ésta lo prohíbe porque es malo”.

Con el trasegar histórico de la Edad Media y la cristianización de Occidente, imperó la idea de la sacralización del cuerpo y con ello el dolor humano se interpretó como fuente de santificación. Por esto, se condenaron las prácticas del suicidio y la eutanasia, posturas que refrendó el escolasticismo de la época, al trasmitirlas en su acción educativa y evangelizadora, y así se alcanzó a justificar la gesta de la colonización de las Américas, incluso más allá de los siglos XV y XVI, como advierten Humphry y Wickett (1995).

Durante la Edad Media, si bien el terminar la vida era una manifestación de la voluntad de las personas, era considerado un pecado ante los ojos de Dios. La Iglesia Católica celebró en el año 533 el “Concilio de Orleans”, en el cual se acordó la prohibición de celebrar funerales a las personas que habían muerto como consecuencia del suicidio. Posteriormente en el año 693, se decretó además la excomunión de quien intentara suicidarse.

Se debe tener en cuenta que durante este período, la Iglesia ejercía un poder absoluto en todas las esferas de la vida diaria y de la sociedad, incluida la manera correcta de morir, pues estaba vinculada a los designios de Dios y solo era posible cuando Él lo considerase necesario.

Santo Tomás de Aquino, (1224 - 1274), teólogo y filósofo italiano, reprobaba desde la perspectiva moral la eutanasia y el suicidio. En su obra “La Suma Teológica”, escribe tres razones por las cuales el suicidio contraría la voluntad de Dios. En primer lugar, el suicidio es contrario a la ley natural y a la caridad, nada debe interrumpir el curso natural de las cosas, excepto Dios; en segundo lugar, el suicidio es una lesión a la comunidad, pues el hombre hace parte de ella, y en tercer lugar, porque el atentar contra la vida, es atentar contra Dios mismo.

Tomás Moro, (1478 - 1535), teólogo, político y humanista inglés, en su obra político social “Utopía” publicada en el año 1516, hace referencia a la Eutanasia. Si bien expone que la sociedad debe cuidar por todos los medios y brindar todos los cuidados posibles a los enfermos, en ciertos casos, cuando las enfermedades son demasiado dolorosas y no tienen cura alguna, se recomienda ayudarles a terminar con su vida. Esto mediante el suministro de sustancias letales, o mediante la privación de alimentos, y en este caso debe ser llevado a cabo por los sacerdotes de la ciudad, con el previo permiso por parte de las autoridades.

Sobre las personas enfermas y su sufrimiento Moro dice lo siguiente:

Pero cuando a estos males incurables se añaden sufrimientos atroces entonces

los magistrados y los sacerdotes se presentan al paciente para exhortarle. Tratan de hacerle ver que está ya privado de los bienes y funciones vitales; que está sobreviviendo a su propia muerte; que es una carga para sí mismo y para los demás. Es inútil, por tanto, obstinarse en dejarse devorar por más tiempo por el mal y la infección que lo corroen. Debe abandonar esta vida cruel como se huye de una prisión o del suplicio. Que no duele, en fin, liberarse a sí mismo, o permitir que le liberen otros.

En el siglo XV, aparece el Doctor Ambroise Pare, quien era un firme detractor de la Eutanasia, argumentando que “yo hice las curas, pero solamente Dios es dueño de la vida y de la muerte, de la curación, la agonía, la angustia y serenidad”.

Continuando con la evolución del pensamiento filosófico en torno al tema, el filósofo francés Montaigne, en el siglo XVI, admite la eutanasia como los pensadores paganos:

«Dios nos da licencia suficiente cuando nos pone en un estado tal que el vivir es para nosotros peor que el morir».

El Renacimiento recuperó las ideas griegas y romanas del pensamiento antiguo, en una corriente que tuvo su epicentro sobre todo en Francia e Italia, donde se dieron las condiciones por medio de la expresión artística, para volver a pensar la muerte como un episodio fácil y agradable en medio de las penurias de la vida. De este modo, se preparó el escenario ideológico para que la propuesta de Francis Bacon, según Reich (1995), de reactualizar la eutanasia como un “auxilio benéfico” fuera replicada por los médicos y la pudieran ofrecer a sus pacientes, como una solución en medio del dolor y la calamidad de una enfermedad incurable. Sobre este particular, también Gracia (1990) hace un breve comentario a la obra de Bacon, titulada *El avance de la ciencia*. El autor propone una ligera semblanza de la eutanasia externa y la identifica como una ayuda del médico para acelerar la muerte del enfermo, por considerarla una acción benigna.

El inglés Francis Bacon parece ser el primero que entiende la palabra eutanasia tal y como nosotros la entendemos en la actualidad. Y mantiene en su obra *Historia vitae et mortis* su licitud religiosa y moral:

«la función del médico es devolver la salud y mitigar los sufrimientos y dolores, no sólo en cuanto esa mitigación puede conducir a la curación, sino también en cuanto que puede procurar una eutanasia: una muerte tranquila y fácil. En nuestro tiempo los médicos abandonan a los enfermos cuando han llegado al final. Por el contrario, deben tener una nueva ciencia, y de acuerdo con ella esta búsqueda la entendemos como la eutanasia externa, que se distingue de la otra eutanasia que tiene por objeto la preparación del alma».

Esta última constituye una obligación también para con el enfermo terminal, porque el médico debe «estar junto al paciente, cuando se encuentra muriendo»

Tomas Moro y Francis Bacon pasan del acto individual del suicidio como lo planteaba Séneca, a un acto que no solo incumbe al que va a morir sino a las personas que lo rodean y poseen cierto saber en la sociedad, por ejemplo, los magistrados, los sacerdotes, los médicos. Al mismo tiempo, continúan pensando en términos de la buena muerte, tranquila, sin dolores, rápida. El médico aún no tiene un papel central en lo que tiene que ver con el final de la vida, y tampoco se ve la eutanasia como un procedimiento. Esto se verá más ampliamente en el siglo XIX y como ejemplo se tiene la tesis doctoral de Karl Friederich Marx, titulada *La Eutanasia Medica* (1826).

En este documento Marx “propone la obligatoriedad de enseñar a los médicos a cuidar técnica y humanamente a los enfermos que están en fase terminal de su vida.” (Barreto, 2004, s.p). Así como también a la actitud de los médicos frente a las personas que sufren.

No se espera de los médicos que dispongan de remedios contra la muerte, sino que tengan el saber necesario para aliviar los sufrimientos, y que sepan aplicarlo cuando ya no haya esperanza. (Humphry & Wickett, 1989, p. 28).

Posteriormente en los siglos XIX y XX, aparece el término eugenesia. Debido a las distintas situaciones que se dieron en este periodo de tiempo, algunos seres humanos empezaron a ser vistos como “cargas”, pues se empieza a buscar una sociedad sana casi que perfecta. La eugenesia se caracteriza por la falta de voluntad y de consentimiento de la

persona. Este no se realiza por motivo piadoso, sino obedeciendo a un interés de una colectividad, régimen o Estado. El fin de la eugenesia es mejorar la raza humana, eliminando a aquellos que se consideran defectuosos o perjudiciales para las características del hombre ideal. Puede ser entendido como un proceso de selección, que busca el progreso de una raza.

El filósofo del siglo XVIII Immanuel Kant también presentó unos argumentos en contra de estas ideas del final de la vida. Aun creyendo que las verdades morales se fundaban más en la razón que en la religión, pensó que “el hombre no puede tener la facultad de quitarse la vida” (Citado por Kushe, 2000, p. 406). Esto tiene que ver con la propia definición que hace sobre la vida “la facultad de desear es la facultad de ser, por medio de sus representaciones, causa de los objetos de estas representaciones. La facultad de un ser de actuar según sus representaciones se llama vida.” (Citado por Román, 2007 p. 46)

Para Kant la vida es un deber y es la base de la ética y la moral

La ética no es la disciplina que nos enseña a ser felices, sino la disciplina que nos enseña a merecer la felicidad; y merecer significa tener dignidad, dignidad que surge de la autonomía. Para Kant, el valor de la acción moral no radica en lo que se hace, sino en la convicción plena de que lo que se hace se ha de hacer. (Román, 2007, p. 46).

En uno de sus textos trae el siguiente ejemplo para hablar de la inmoralidad que hay en el acto de claudicar, de querer morir,

En cambio, conservar la propia vida es un deber, y además todos tenemos una

inmediata inclinación a hacerlo así. Mas, por eso mismo, el cuidado angustioso que la mayor parte de los hombres pone en ello no tiene un valor interno, y la máxima que rige ese cuidado carece de contenido moral. Conservan su vida en conformidad con el deber, pero no por deber. En cambio, cuando las adversidades y una pena sin consuelo han arrebatado a un hombre todo el gusto por la vida, si este infeliz, con ánimo fuerte y sintiendo más indignación que apocamiento o desaliento, y aun deseando la muerte conserva su vida sin amarla sólo por deber y no por inclinación o miedo, entonces su máxima sí tiene un contenido moral. (Citado por Román, 2007, p. 51)

Ahora bien, Kant no da una definición de lo que es una buena muerte, pero desde sus argumentos se puede comenzar a dar cuenta de los debates que involucran la idea de autonomía, dignidad y libertad, los cuales en nuestros días son ampliamente accionados para defender la idea de la muerte digna, específicamente hablando de eutanasia como algo ligado a la voluntad de la persona que quiere morir.

En 1895, el jurista alemán Alfred Jost publica un libro titulado *El derecho a la Muerte*, donde va a argumentar que el Estado debe tener el poder de controlar la muerte de los individuos.

Francis Galton, (1822-1911), médico inglés, primo de Charles Darwin, es el padre de la Eugenesia, quién basándose en el proceso de selección, desarrolló los principios de esta práctica, en su obra, *Investigaciones sobre las facultades humanas y su desarrollo*. Para su estudio se basó en las teorías de Darwin y de Malthus sobre los recursos naturales limitados, y la degeneración de la raza.

En 1904 desarrolló el modelo “Eugénica Nacional”, el cual establecía los criterios que debía tener un Estado, como físicos y mentales, para decidir cómo orientar matrimonios, procesos de reproducción entre otros. Incluso llegó al punto de rechazar el apoyo de la Iglesia y otras Instituciones a los pobres y enfermos.

En 1910, el primer ministro Inglés Sir Winston Churchill, entonces ministro del interior, apoyó y defendió la idea de realizar esterilizaciones masivas, con el fin de salvar la raza británica.

Según Cuenca (2007), específicamente en el año 1912, toma un nuevo significado la eutanasia por medio de Alfred Hoche, indicando que los enfermos mentales representaban una carga financiera para el Estado. A raíz de esto, propuso la aniquilación de estos sujetos; pero debido a la prosperidad económica que se vivía en ese entonces, este ideal no tuvo gran apogeo dentro de la sociedad. Fue entonces, en los años de 1920 a 1933, después de la Primera Guerra Mundial, donde se popularizó el concepto de “higiene racial”, denominada a finales del siglo XIX como “higiene social”, permitiendo el despliegue de la teoría de Hoche de exterminar los “seres carga o lastre”.

El filósofo y jurista Karl Binding y el médico psiquiatra Alfred Hoche publican en 1920 un libro titulado *Permitting the Destruction of Life Unworthy of Living*, en este texto argumentaron que “los enfermos mentales, los discapacitados físicos, y otros eran peligrosos genéticamente y una carga financiera para la sociedad, y ofrecieron bases legales para permitir la muerte de estos.” (Documents, German History Docs)

Binding se encargó de elaborar una serie de argumentos desde los cuales buscaba liberalizar la eutanasia, teniendo como argumento central la soberanía del hombre sobre su propia vida:

Esta liberalización, debe en primer lugar aplicarse a la "eutanasia pura", que reemplaza simplemente la causa de una muerte por otra, luego a la eutanasia de los enfermos incurables que piden con insistencia ser librados de sus sufrimientos, y finalmente a la eutanasia de los deficientes mentales. La decisión de proceder a la destrucción, tomada por un Comité de Liberalización, se funda en un deber legal de compasión. (Amenós, 2007, s.p).

Y por otro lado Hoche se encargó de justificar la inutilidad de la vida de los enfermos mentales “los caracteriza de faltos de existencia y de seres vacíos que representan una carga para el Estado y deben ser eliminados.” (Amenós, 2007, s.p). Sus escritos junto con los de otros profesionales de la psiquiatría, y de la medicina darían origen a la concepción de eutanasia promovida por el Nazismo de Adolf Hitler, la cual estaba ligada a la noción de eugenesia. Es en la Alemania Nazi que se promulga la primera legislación sobre eutanasia, entendida como un acto médico, que pretende anticipar la muerte de una persona en estado de enfermedad.

En 1913, el ganador del premio Nobel de medicina, Charles Richet, propuso en una de sus obras, deshacerse de aquellas personas con problemas mentales, o con discapacidades cognitivas, llamándolos “anormales”.

De acuerdo con el trabajo de grado de Campos (2014), denominado “Eutanasia y Nazismo” acabada la Primera Guerra Mundial surgió un ciclo difícil para el pueblo alemán, la pérdida económica, el desempleo, el hambre y la gran cantidad de discapacitados, indujo a grupos socialistas a pensar en la eliminación de todas las personas inútiles, incapaces de brindar ayuda para el desarrollo del país. Se une la caída de la Bolsa de Nueva York el 24 de octubre de 1929, dificultando aún más la posibilidad de salir del agujero en el que se encontraba el Estado Alemán aumentando la hambruna y el desempleo.

En 1939 obtiene el poder Adolf Hitler, quien ordena iniciar el programa Eutanasia impulsado por la depresión financiera, las alteraciones patológicas en las personas y el desabastecimiento de alimentos, desatando múltiples asesinatos, cobijando a todos los individuos minusválidos, enfermos mentales, veteranos de guerra y ancianos considerados gastos innecesarios para el Estado.

Estas eutanasias en Alemania estaban ligadas a unas políticas eugenésicas, que comenzaron con la esterilización de personas con enfermedades mentales, y genéticas; posteriormente se pasó a la provocación de la muerte de personas con discapacidades físicas, y con enfermedades mentales. Todas estas muertes se dieron en hospitales. Los métodos eran dejar morir a las personas de hambre, en otros casos a través de sobredosis de morfina, y en otros en las cámaras de gas. Las justificaciones estaban por un lado en la “compasión”, y por otro en los gastos que estas personas provocaban al Estado. Posteriormente se produjeron innúmeros asesinatos para liberar camas para los soldados heridos en la Segunda Guerra Mundial.

Dentro de la propaganda Nazi para justificar esta idea de eutanasia, se escribieron textos para los niños de los colegios, donde se mostraban los altos gastos que producían los

enfermos y lo poco que se podía invertir en el resto de la población. Así como también se realizaron propagandas en periódicos que tenían titulares como el siguiente “60.000 marcos es lo que nos cuesta este discapacitado a lo largo de su vida. Este dinero es también de ustedes.” (Tomado de la página el holocausto.net).

En 1941 sale la película Yo acuso (Ich Klage An), dirigida por Wolfgang Liebeneiner, la cual contó con dieciocho millones de espectadores, y su temática no envolvía las políticas de eugenesia que se estaban presentando en otro tipo de medios. En la película, el argumento era humanitario y giraba en torno a la muerte digna y voluntaria, además que le hablaba a la población alemana “aria”, no a los enfermos discapacitados física y mentalmente. (Calvo -Sotelo, 2005, p. 1).

Con la película se buscaba un apoyo de los alemanes, y una legitimidad de los actos que ya venían cometiendo años atrás. Karl Brandt, director del programa de Eutanasia, dijo durante el juicio de Nuremberg que “el motivo subyacente del programa era el deseo de ayudar a aquellos que no podían ayudarse a sí mismos y se veían así forzados a prolongar sus vidas de sufrimiento.” (Calvo-Sotelo, 2005, p. 2).

Se cita el caso de las políticas nazis de exterminación, que también fueron contempladas como eutanasia, porque constituyen uno de los escenarios y dieron forma a las interpretaciones más extremas sobre la muerte asistida. Pero también porque así como con otros aspectos de la vida, desde el juicio de Núremberg, y en relación con la eutanasia, se volvió central el hecho de que la eutanasia fuera un acto voluntario de la persona que padece.

Mientras en Alemania el Tercer Reich llevaba adelante sus políticas eugenésicas y de exterminio, en otros países como Inglaterra, ya se habían conformado asociaciones civiles que comenzaban a defender el derecho a una muerte digna. En este país comienza a pedirse una legalización de la eutanasia desde 1931 con el discurso del doctor C.K Millard, quien era el inspector de salud de la ciudad de Leicester. (Patricio Dos Santos, 2011, p. 24).

Durante la Segunda Guerra Mundial, en 1944, Sir Winston Churchill, propuso la idea de atacar a los alemanes con gases venenosos, e incluso se ordenó el bombardeo de la ciudad de Hamburgo, matando a más de 50.000 civiles. Sin embargo, el peor caso de aplicación de la Eutanasia se dio por parte la Alemania del Partido Nacional Socialista NAZI.

En lo que hoy se conoce como la sede de la actual Orquesta Filarmónica, se ubicaba el Aktion T – 4 (seudónimo secreto que se le dio a la práctica de la eutanasia; programa que emprendió Hitler, a partir de julio de 1939), se le dio este nombre, por la dirección de la calle Tiergartenstrasse 4, oficina que coordinaba el procedimiento en Berlín, cuyo objetivo era eliminar personas que eran consideradas anormales dentro de la sociedad, como enfermos, personas con dificultades cognitivas, con enfermedades hereditarias, con dificultades reproductivas, entre otras. Un grupo de médicos creaba un ambiente relajado, casi idílico, para reunir a los pacientes, y luego se abrían las llaves de dióxido de carbono, lo que ponía fin a la vida de estas personas. Años más tarde, fue implementada en casi todo el mundo, el ejemplo más representativo de ello, son las esterilizaciones masivas que se hacían para reducir los índices de pobreza de la población vulnerable.

En la primera mitad del Siglo XX, los intentos por solicitar democráticamente el derecho a una muerte digna se vieron entorpecidos por el genocidio nazi, obnubilado por su abierta pretensión eutanásica. Después de 1950, se presentó un acelerado progreso biotecnológico,

lo que suscitó cambios apreciables en la atención médico-paciente, en especial con la consideración del “enfermo terminal” y la responsabilidad médica sobre su estado. Esto, sumado al incremento de enfermedades graves con desenlace dramático, como el cáncer, el sida y el mal de Alzheimer, entre otros que, aun presentando un deterioro progresivo e irreversible en la persona que los padecen, hacen que el final de la vida se torna lento y doloroso.

En la actualidad, la Eutanasia es un tema tabú en muchas sociedades, a pesar que cada día son más los países que la están legalizando. La iglesia católica sigue siendo un fuerte defensor de la vida por encima de todo, de la cual solo se puede privar a una persona si Dios así lo decide, no por la mano del hombre. La vida y la muerte son procesos que hacen parte de la naturaleza de todo ser humano, y de los cuales ninguna persona puede mantenerse al margen. El fin de su propia vida, la muerte de un familiar o de quienes lo rodean, es un predicamento al cuál toda persona tendrá que verse expuesto en algún momento de su vida.

La eutanasia es un tema que día a día cobra mayor relevancia en ámbitos sociales, políticos, médicos, religiosos etc. Y que ponen en cuestionamiento la libertad de cada individuo para decidir sobre su propia vida y la incidencia de esto frente a la protección del derecho a la vida.

Por tanto, la revisión histórica del concepto de eutanasia presenta variables en el tiempo; las primeras, del lado de un recto raciocinio y una lógica entre la vida y la muerte; las siguientes, mediadas por una moral que deviene de credos religiosos, en contraste con la invocación del derecho a la autonomía, propio de las democracias modernas. Con todo, y en este tiempo, los adelantos biotecnológicos y la globalización de las comunicaciones

sugieren un debate respetuoso sobre el tema, pretendiendo consensos y respetando disensos.

2.1.1 REGLAMENTACION DE LA EUTANASIA EN COLOMBIA.

En Colombia, la Eutanasia se encuentra despenalizada a partir del año 1997, gracias a la Sentencia C 239 del mismo año, que considera la muerte digna como un derecho compatible con la dignidad humana.

A razón de este precepto jurisprudencial, en el año 2014, gracias a la Sentencia T 970 de 2014, y con base en lo expuesto en la Jurisprudencia de 1997, se ordena nuevamente al Congreso la regulación de la muerte digna, y se exhorta al Ministerio de Salud y Protección social, regular sobre la misma en un término no superior a 30 días, por lo cual el 20 de abril de 2015, el ya mencionado Ministerio, hace pública la resolución 1216 de 2015, que fija los parámetros para la organización y funcionamiento de los Comités Interdisciplinarios que harán efectivas las solicitudes de eutanasia. La Resolución 1216/15, crea Comités

Científicos Interdisciplinarios, cuya principal labor es analizar los casos en los cuales es solicitada la práctica de la eutanasia, y velar por la transparencia del procedimiento.

Dichos Comités, tal como se establece en el artículo 5, se conformarán en aquellas Instituciones prestadores de Salud IPS que tengan habilitado el servicio de hospitalización de mediana o alta complejidad o que presten el servicio de atención o visitas domiciliarias a pacientes crónicos, que tengan protocolos de cuidados paliativos. Su conformación, establecida en el artículo 6 de la norma sublite, contará con un médico, diferente al médico tratante, especialista en la patología que padezca la persona, un abogado y un psiquiatra o psicólogo clínico.

Las funciones que deben cumplir estos Comités, se centran en verificar que la petición del paciente sea reiterada, o que confirme su decisión dentro de los 10 días siguientes a la petición de la misma, verificar que le hayan ofrecido al paciente cuidados paliativos para tratar su enfermedad y revisar la posición del médico tratante ante la solicitud del paciente y en caso tal de que este se niegue, asignar un médico que no objete la decisión del paciente, garantizar la imparcialidad de quienes participen en estos procedimientos y que la realización de los mismos este acorde a lo dispuesto en la sentencia T 970 de 2014, y que dicho procedimiento se realice en un plazo no menor a 15 días, tras la reiteración de la solicitud.

Adicionalmente, en caso de existir alguna irregularidad en el proceso, el Comité deberá interrumpir el procedimiento, y en caso de evidenciarse algún delito, deberán informar a la autoridad competente, acompañar a la familia del paciente durante todo el proceso y en caso de que estos sustituyan la voluntad del paciente, verificar que esté libre de vicios dicho consentimiento.

El Comité además debe reportar los hechos y el desarrollo del procedimiento al Ministerio de Salud y Protección Social, para que realice el respectivo seguimiento del caso, sin embargo esta información, es de carácter confidencial. La EPS debe tener conocimiento del proceso, y estar informada del avance y desarrollo del mismo.

Un aspecto importante dentro de esta resolución, es que bajo ninguna circunstancia estos Comités podrán alegar la objeción de conciencia como argumento para negar el procedimiento a los pacientes. En caso de existir objeción por parte de alguno de los miembros del Comité, este debe manifestarlo al momento de conformar el mismo. De igual forma las IPS, no podrán alegar objeción de conciencia como institución, conforme a la jurisprudencia.

De igual forma, el médico tratante deberá informar de manera escrita su objeción, para que en el término de 24 horas se asigne un médico no objetante. El papel de las IPS, se remite en primer lugar a ofrecer a los pacientes tratamientos alternativos o medicina paliativa para sobrellevar la enfermedad, y alargar por el mayor tiempo posible su vida. Si el paciente se mantiene en su posición y desea proceder con el procedimiento eutanásico, la IPS conformará el Comité que conocerá del respectivo caso, le permitirá acceder a la historia clínica y al paciente, además de informar a la EPS de la solicitud del paciente. La IPS, como se mencionó anteriormente, debe contar dentro de su personal con médicos no objetores de la eutanasia. Todo este trámite debe ser realizado de manera confidencial.

Las Entidades Promotoras de Salud EPS, frente a los Comités Interdisciplinarios, tienen la obligación de estar en continua comunicación con estos, en caso de que la IPS no cuente con servicios de hospitalización de especialidad crónica u oncológica o no cuente con servicios domiciliarios de atención a pacientes crónicos la EPS debe brindar estos servicios

al paciente, además con base en los principios establecidos jurisprudencialmente, debe adelantar estos trámites con la mayor celeridad posible.

Frente a los pacientes, las EPS no podrán intervenir en las decisiones que sean tomadas por el paciente, ni en el caso de que el consentimiento sea sustituto se debe respetar su voluntad y autonomía de quien la solicite. Debe ofrecer a los pacientes profesionales idóneos y suficientes para atender estos requerimientos, además de ofrecer acompañamiento y servicio psicológico para el paciente y su familia.

En cuanto al procedimiento que se debe seguir en estos casos, en el artículo 15 se establece el procedimiento del mismo. Si una persona considera que cumple los presupuestos establecidos en la Sentencia T 970 de 2014, debe acudir en primer lugar a su médico tratante e informarle de su petición. El consentimiento del paciente debe ser expreso, libre e inequívoco, este puede haber sido manifestado con anterioridad al diagnóstico, o después de tener conocimiento del mismo. De existir documentos donde se manifestase su voluntad de manera anticipada o testamentos vitales, estos tendrán plena validez.

En los casos donde el paciente no esté en la facultad de expresar o manifestar su voluntad, la solicitud podrá ser manifestada por quienes estén legitimados para ello, siempre y cuando exista un documento con la manifestación de la voluntad anticipada o un testamento vital del paciente, además de la manifestación escrita de la voluntad de los familiares.

Una vez el paciente sea diagnosticado con una enfermedad crónica o terminal, y se determine su capacidad, su médico tratante, debe informar sobre la voluntad del paciente al Comité, el cuál tras verificar la existencia de los documentos ya mencionados y que se

cumplan con los requisitos establecidos en la Sentencia T 970 de 2014, dentro de los 10 días, indagará al paciente sobre su deseo de realizar el procedimiento.

De ser afirmativa la respuesta del paciente, el Comité deberá tomar una decisión dentro de los 15 días siguientes a la petición. Cabe resaltar que en el artículo 16 de la Resolución Ibídem, se menciona que el procedimiento eutanásico es de carácter gratuito, bajo ninguna circunstancia se debe cobrar el mismo al paciente o sus familiares.

El Comité, tras la realización del procedimiento, debe remitir una copia de todos los aspectos que lo rodearon, al Ministerio de Salud y Protección Social, otra copia se archiva en la historia clínica del paciente.

La Resolución de igual forma regula aquellos casos en que el paciente o sus familiares se arrepientan de continuar con la eutanasia, esta podrá ser manifestada en cualquier momento del proceso.

2.1.2 EUTANASIA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES. REGULACION NORMATIVA EN COLOMBIA.

Colombia es el único país de América Latina con un procedimiento definido para practicar la eutanasia en adultos, y desde marzo del 2018 (Resolución 825/2018 Ministerio de protección social) se convirtió en el tercero en el mundo, después de Holanda y Bélgica, que regula esa práctica también entre los pacientes menores de edad que se rehúsen a padecer los sufrimientos de una enfermedad terminal.

En el año 2017 la Corte Constitucional ordenó al Gobierno mediante la sentencia T- 544 “hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, las niñas y los adolescentes”, y el Ministerio de Salud respondió con la resolución 825/2018, que establece situaciones

particulares en distintos rangos de edad, y siempre bajo la condición de que la enfermedad sea terminal y el sufrimiento constante, insoportable y no pueda ser aliviado. Los hospitales deben conformar un comité multidisciplinario para garantizar que se cumplan todas las condiciones.

Se requiere el consentimiento inequívoco del paciente, y es a partir de los 12 años cuando “el concepto de muerte se consolida como irreversible, universal e inexorable”, sostiene la resolución. Los menores de 6 años quedan excluidos, así como aquellos con discapacidades mentales o trastornos psiquiátricos “que alteren la competencia para entender, razonar y emitir un juicio reflexivo”. Entre los 6 y los 12, solo se podrá practicar en casos excepcionales, mientras entre 12 y 14 prevalece la autonomía del menor, pero será obligatoria la concurrencia de los padres. Y a partir de los 14, solo contará la voluntad del adolescente.

La muerte asistida esta despenalizada desde 1997 gracias a una emblemática sentencia de la Corte Constitucional que muchos destacan como una elocuente defensa de las libertades individuales. “El derecho a vivir en forma digna implica también el derecho a morir dignamente”, reza la ponencia del recordado magistrado Carlos Gaviria, que enfatizaba el carácter terminal de la enfermedad y la plena voluntad del paciente. “Nada tan cruel como obligar a una persona a sobrevivir en medio de padecimientos oprobiosos, en nombre de creencias ajenas”, argumentaba.

El derecho fundamental que posee todo ser humano es el de la vida, sin embargo existen circunstancias en las cuales la vida del ser humano se puede ver afectada por condiciones de salud deplorables, que pueden traer como consecuencia una serie de sufrimientos

innecesarios y una vida indigna, lo que lleva al dilema de cuestionarse si es más importante el cuidar la vida o evitar la prolongación de la agonía que culmina con la muerte.

La figura de la Eutanasia, entendida como un morir bien, se define etimológicamente así: EU- Buena – Thanatos: Muerte; así mismo, ha sido definida de una manera doctrinaria como: buena muerte o muerte sin sufrimiento (Sambrizzi, 2005); figura que ha ido adquiriendo para la sociedad actual un papel importante en la medida que se trata de proporcionar a una persona que se halla sometida a una enfermedad o condición terminal y para la cual la medicina no tiene cura ni un tratamiento que signifique una mejoría sustancial para quien lo padezca, una forma de morir sin dolor y sin sufrimientos innecesarios debiendo ser practicada adicionalmente por una persona cuyo móvil sea la compasión y la piedad.

Es decir, se hace referencia a un derecho a una vida digna y de vivirla bien, entendida como aquel conjunto de condiciones tanto sociales, económicas y/o familiares que permiten que el ser humano en su conjunto sea visto como una persona autónoma, capaz de tomar sus propias decisiones y sobre todo que reúna unas condiciones que le permitan mantener un nivel de vida estable, tal y como lo afirma Hugo Andrei Buitrago (2012): “vivir bien es deseable y, no necesariamente, implica ascender en el acceso a bienes y servicios, sino la posibilidad de disfrutar en libertad los derechos de diversa índole sin la imposición de un satisfactor determinado” que es el presupuesto fundamental para que en algún momento de esa vida humana se dé por terminada, lo cual se conoce como morir, pero no morir de cualquier forma ni de cualquier manera, sino de un morir bien y dignamente, encontrando así su sustento filosófico jurídico en el concepto de vivir bien.

El concepto de dignidad debe comprender la totalidad de su condición como ser ontológico y por lo tanto, el derecho a vivir bien implica también el derecho a morir bien o dignamente, por lo que ese concepto de Dignidad debe ser incluyente.

Tal y como lo afirma Ramón Macia Gómez (2008), “La muerte digna es la muerte que, deseada por una persona, se produce asistida de todos los alivios y cuidados paliativos médicos adecuados, así como con todos los consuelos humanos posibles. En otras palabras; una muerte digna es el hecho y el derecho a finalizar la vida voluntariamente sin sufrimiento, propio o ajeno, cuando la ciencia médica nada puede hacer para la curación de una enfermedad mortal”.

Se sostiene doctrinariamente en cuanto a este tema por el autor German J. Bidart Campos (2006) que la dignidad humana parte ante todo de la base de la inherencia de la misma en el hombre, a su esencia y su naturaleza; aspecto al cual el autor Pérez Luño en su libro Derechos Humanos argumenta “la dignidad humana supone el valor básico fundamentador de los derechos humanos que tienden a explicitar y satisfacer las necesidades de la persona en la esfera moral”.

Esto supone entonces, que el derecho y principio de la dignidad humana es evidentemente fundamental que se constituya como base y condición de existencia de los demás derechos, en tanto que son necesarios en el proceso de formación del desarrollo de la personalidad de cada individuo, en tanto que será el principio rector de la dignidad humana el que dote de sentido y contenido el ejercicio de los demás, teniendo como base sus propias convicciones y perspectivas.

Es de esa misma manera, como el autor German Bidart Campos (2006) agrega que “el derecho a ser hombre es el que engloba a todos los demás en el derecho a ser reconocido y a vivir con la dignidad propia de la persona humana”.

En nuestra constitución política en su artículo 1 se afirma: “Colombia es un Estado Social de Derecho organizado en forma de Republica Unitaria, descentralizada y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general”.

Lo cual armoniza con el artículo 2 de la Constitución, pues al garantizar y proteger el derecho a la vida digna también tiene en cuenta que la sociedad es pluralista y por tanto, esa obligación de salvaguardar la vida, también tiene como contrapartida la obligación de proteger a quienes tienen opiniones distintas acerca del correlato a la vida que es la muerte.

Aspecto este último que en los tiempos actuales ha encontrado también fundamento para exigir que el hecho inexorable que es morir, se realice en condiciones que respeten la dignidad del individuo como una respuesta al derecho de vivir bien, Es que si se vive bien también se debe morir bien, dado que uno supone al otro.

Los lineamientos jurisprudenciales de la Corte Constitucional Colombiana, encausan de manera precisa el entendimiento del concepto “dignidad humana”, a efectos de poder comprender que la eutanasia, como derecho a morir dignamente, se enmarca dentro de la concepción de los derechos inalienables de una persona, entendida esta como sujeto integral de derechos y deberes no solo políticos, económicos y sociales, sino inmanente en sí mismo.

Como derecho fundamental autónomo, la dignidad humana, en la concepción de la jurisprudencia constitucional colombiana, encierra el derecho a morir dignamente, como contrapartida al derecho fundamental a tener una vida digna.

En torno del concepto “dignidad humana”, podría decirse que el primer instrumento normativo que consagra una referencia al respecto, fue la Carta de las Naciones Unidas, en la que en sus declaraciones iniciales se afirma: “Nosotros los pueblos de las Naciones Unidas resueltos a reafirmar la fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana, en la igualdad de derechos de hombres y mujeres y de las naciones grandes y pequeñas”.

Así mismo, hay que tener en cuenta que en 1948, en el preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Consagra que: “Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por bases del reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana; considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos fundamentales del hombre y mujeres y se han declarado resueltos a promover el progreso social a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad;

Artículo 1. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Artículo 22. Toda persona como miembro de la sociedad, tiene derechos a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad...

Artículo 23. Toda persona que trabaje tiene derecho a remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.

La dignidad humana, entendida como derecho fundamental de los seres humanos, y que pertenece a ellos por la condición de serlo, implica que es deber del Estado proceder a su protección y garantía efectiva.

En ese sentido la Corte Constitucional afirmó en sentencia C- 239 del 20 de mayo de 1997: “El derecho fundamental a vivir en forma digna implica entonces el derecho a morir dignamente, pues condenar a una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece intensas aflicciones, equivale no solo a un trato cruel e inhumano, prohibido por la Carta (C.P. Artículo 12), sino a una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral”.

En esta misma providencia el Alto Tribunal concluyó que: “..... El Estado no puede oponerse a la decisión del individuo que no desea seguir viviendo y solicita que le ayuden a morir, cuando sufre una enfermedad terminal que le produce dolores insoportables, incomparables con su idea de dignidad. Por consiguiente, si

un enfermo terminal que se encuentra en las condiciones objetivas que plantea el artículo 326 del Código Penal considera que su vida debe concluir, porque la considera incompatible con su dignidad, puede proceder en consecuencia, en ejercicio de su libertad, sin que el Estado esté habilitado para oponerse a su designio, ni impedir a través de la prohibición y de la sanción, que un tercero le ayude a hacer uso de su opción. No se trata de restarle importancia al deber del Estado de proteger la vida sino, como ya se ha señalado, de reconocer que esta obligación no se traduce en la preservación de la vida sólo como un hecho biológico”.

Con base en lo anterior, se puede entender el significado de la palabra Vivir Bien referente a la vida digna que tiene toda persona, para realizar su vida de manera libre y voluntaria, por lo cual se aborda el significado del Vivir Bien aludiendo a la Dignidad Humana, La corte Constitucional en sentencia T-881 de 2002 sobre la dignidad humana indicó:

“La Corte creó una causal de justificación o eximente de responsabilidad, en el caso del homicidio pietístico; uno de los ejes de la argumentación fue el de la dignidad entendida como autonomía del enfermo para decidir sobre su vida en determinadas circunstancias”.

“El deber del Estado de proteger la vida debe ser entonces compatible con el respeto a la dignidad humana y al libre desarrollo de la personalidad. Por ello la Corte considera que frente a los enfermos terminales que experimentan intensos sufrimientos, este deber estatal cede frente al consentimiento informado del paciente que desea morir en forma digna”.

Siguiendo con conceptos Jurisprudenciales con relación a la Dignidad Humana la Corte Constitucional expresa en sentencia T 815/2013:

“La dignidad humana se erige como un derecho fundamental, de eficacia directa, cuyo reconocimiento está ligado a los pilares políticos y jurídicos del Estado Colombiano. Es decir, es el postulado esencial para una efectiva consagración del sistema de derechos y garantías contemplado en la Constitución”.

Así mismo la Corte Constitucional estableció los parámetros dentro de los cuales debe ser entendido dicho derecho, afirmando en la sentencia T 881 / 2002 que:

“El contenido de la expresión “dignidad humana” como entidad normativa, puede presentarse de dos maneras: a partir de su sujeto concreto de protección y a partir de su funcionalidad normativa. Al tener como punto de vista el objeto de protección del enunciado normativo “dignidad humana” la Sala ha identificado a lo largo de la jurisprudencia de la Corte, tres lineamientos claros y diferenciables: (i) La dignidad humana entendida como autonomía o como posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características (vivir como quiera). (ii) La dignidad humana entendida como ciertas condiciones materiales concretas de existencia (vivir bien). Y (iii) la dignidad humana entendida como intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral (vivir sin humillaciones). De otro lado al tener como punto de vista la funcionabilidad, del enunciado normativo “dignidad humana”, la Sala ha identificado tres lineamientos: (i) la dignidad humana entendida como principio fundante del ordenamiento jurídico y por tanto del Estado, y en este sentido la dignidad como valor. (ii) la dignidad humana

entendida como principio constitucional. Y (iii) la dignidad humana entendida como derecho fundamental autónomo.

Ahora bien, a la luz de lo dispuesto por la Corte constitucional en el año 2017 y posteriormente regulado en la resolución 825/2018 en lo referente a la aplicación de la Eutanasia en Niños, Niñas y adolescentes se debe realizar el respectivo análisis de realmente hasta donde llega el alcance de la capacidad legal de decisión de dichos actores frente a ejercer su derecho morir dignamente.

2.2 CONCEPTO Y CONTENIDO JURIDICO DE LA EUTANASIA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES SEGÚN LA RESOLUCIÓN 825/2018 Y LA SENTENCIA T- 544 DEL 2017.

Jairo Rivera (2009), Doctor en derecho y profesor de derecho civil del Externado expresó en el foro Derecho a morir dignamente –realizado el 15 de mayo del 2009 por el Centro de Estudios sobre Genética y Derecho del Externado– que si de lo que se trata es de defender el valor supremo de la dignidad humana, con la posibilidad de terminar la vida cuando ésta ya no se le considere digna, no hay razón para dejar por fuera a los menores de edad. “La muerte puede ser más humana, y no hay razón para que los niños estén por fuera”, aseguró.

Es importante enfatizar que La Corte Constitucional en la sentencia T- 544 del 2017 ha manifestado que los derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) deben ser interpretados con base en varios criterios, entre ellos: (i) la igualdad y no discriminación; (ii) la defensa de su interés superior; (iii) la efectividad y prioridad absoluta; y (iv) la participación solidaria. Con base en esos elementos, los niños tienen derecho a no ser diferenciados de manera irrazonable para el reconocimiento y efectividad de sus derechos, además todas las personas y autoridades deben garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus derechos que son universales, prevalentes e interdependientes (art. 8 Código de Infancia y Adolescencia).

Revisado el tratamiento jurisprudencial del derecho a la muerte digna se destaca en la parte motiva de la sentencia T – 544 del 2017 que en atención a su carácter fundamental, la Corte Constitucional no ha efectuado distinciones o condicionamientos relacionados con la edad de los destinatarios del derecho. Por el contrario, las consideraciones expuestas se han centrado en destacar la especial relevancia que cobra la dignidad humana cuando un

“*enfermo en fase terminal*” padece intensos dolores y sufrimientos, y cómo el sometimiento a estas circunstancias constituye un trato inhumano.

El hecho de que los pronunciamientos de la Corte Constitucional se hayan emitido en el marco de casos en los que estaban involucradas personas mayores de 18 años es una contingencia, que no comporta una limitación del alcance del derecho fundamental a la muerte digna fundada en la edad. En efecto, considerar que solo son titulares del derecho los mayores de edad implicaría el desconocimiento de la jurisprudencia de esta Corporación en la que no se ha efectuado una distinción fundada en esa circunstancia, la violación del principio de interés superior de los niños, niñas y adolescentes previsto en el artículo 44 Superior, y llevaría a admitir tratos crueles e inhumanos de los menores de edad, y la afectación de su dignidad.

Ahora bien, establecido que el derecho fundamental se predica de todos los asociados y deriva de la dignidad de la que son titulares por su condición de seres humanos, la Corte Constitucional reconoce que la materialización del derecho presenta algunas diferencias y particularidades en relación con los NNA, principalmente en los aspectos relacionados con el consentimiento y la manifestación de la voluntad, las cuales no pueden llevar a desconocer que **son titulares del derecho**. Por el contrario, esas particularidades deben ser reconocidas, consideradas y afrontadas en aras de lograr una oportuna regulación de esos aspectos específicos que permita garantizar el derecho a la muerte digna de los menores de edad y así evitar que sean sometidos a tratos crueles e inhumanos y obligados a soportar graves sufrimientos.

En efecto, la Resolución 1216 de 2015 solo reglamentó la solicitud del procedimiento para efectivizar el derecho a morir con dignidad de mayores de edad, razón por la que se

necesitaba que, tal y como sucedió con la elaboración del *“protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia”*, un grupo de expertos emitiera los conceptos científicos y técnicos en relación con los aspectos que deben ser considerados, de forma diferencial, para el ejercicio del derecho a la muerte digna de NNA, los cuales están relacionados con (i) la condición de enfermo terminal, (ii) la evaluación del sufrimiento, (iii) la determinación de la capacidad de decidir, y (iv) el consentimiento de acuerdo con las específicas hipótesis que pueden configurarse en atención a la edad y el grado de desarrollo físico, psicológico y social de los menores de edad.

La Corte Constitucional no desconoce que la previsión de la eutanasia, en general, y de forma particular en niños genera diversas reflexiones, polémicas y cuestionamientos por las tensiones que se generan entre el bien jurídico de la vida, la concepción y el alcance de este bien, la dignidad humana y el sometimiento a intensos sufrimientos y dolores, los cuales son susceptibles de ser abordados desde diferentes áreas y perspectivas, y han sido definidos en favor del derecho a la dignidad de los niños en algunos países como Bélgica y Holanda.

La jurisprudencia constitucional en la sentencia C - 239 /1997 reconoció el carácter fundamental del derecho a la muerte digna al considerar la cercana relación que guarda con la dignidad humana, con el respeto por la autodeterminación de las personas y con una concepción de la vida que supera la noción de simple existencia. A pesar de dicho reconocimiento, a través de la revisión de fallos de tutela, la Corte Constitucional ha advertido que la falta de regulación contribuye a la vulneración de dicha garantía, razón por la que ha formulado diversos exhortos al Congreso de la República para que expida la reglamentación correspondiente.

Ante la persistencia del silencio legislativo sobre temas que el Congreso suele evadir estratégicamente, nuevamente la Corte Constitucional conminó al Ejecutivo a reglamentar un asunto referente a derechos fundamentales en lo que respecta a la regulación de la Eutanasia en Niños Niñas y adolescentes en Colombia, que en rigor debería ser debatido en instancias deliberativas como el Congreso.

No obstante el caso omiso del Congreso Colombiano ha dichos requerimientos, el Ministerio de Salud y Protección Social ha venido regulando el tema de la Eutanasia, muestra de ello y en respuesta a la orden emitida por la Corte Constitucional en la sentencia T- 544 del 2017 el Ministerio emite en Marzo del 2018 la resolución 825; en donde se tiene por objeto de la misma la regulación del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir dignamente en niños, niñas y adolescentes.

Es así como el Ministerio de Salud y de Protección social determina que para hacer efectivo la Eutanasia en NNA se debe tener presente:

- **Derecho a cuidados paliativos pediátricos.** Tienen derecho a cuidado paliativo pediátrico todos los niños, niñas y adolescentes con condiciones limitantes para la vida o que acortan el curso de la misma, en las cuales no hay esperanza razonable de cura y por la cual el niño, niña o adolescente podría morir, así como las condiciones amenazantes para la vida, las cuales pueden ser susceptibles de manejo curativo de eficacia comprobada que puede fallar y derivar en la muerte.
- **Toma de decisiones de los niños, niñas y adolescentes en el ámbito médico.** La toma de decisiones en el ámbito médico está definida por la concurrencia de las siguientes aptitudes: (i) capacidad de comunicar la decisión, (ii) capacidad de entendimiento, (iii) capacidad de razonar y (iv) capacidad de juicio.

Cuando por causa de discapacidad o por evolución de su enfermedad, los niños, niñas o adolescentes no puedan o se les dificulte comunicar su decisión se buscarán todos los apoyos y ajustes razonables que permitan la expresión voluntaria, libre, informada e inequívoca de esta. Mediante dichos apoyos y ajustes no se podrá sugerir o insinuar el procedimiento ni buscar el asentimiento de consideraciones realizadas por terceros.

De la misma manera el concepto de muerte depende de la edad evolutiva del NNA y dicho concepto se transforma en la medida que se avanza con los años hasta convertirse y consolidarse como irreversible e inexorable, así:

- **De 0 a 3 años.** La muerte no es un concepto real ni formal. No existe idea de muerte propia.
- **De 3 a 6 años.** El niño o niña desarrolla su pensamiento pre lógico, intuitivo, aparece la idea de muerte como fenómeno temporal, la muerte es reversible o transitoria. No se consolida idea de muerte propia.
- **De 6 a 12 años.** El niño o niña desarrolla un pensamiento lógico, operacional, que le permite adquirir elementos que hacen parte del concepto de muerte, como la inmovilidad, universalidad e irrevocabilidad. En este momento del desarrollo ya existe un razonamiento concreto y una capacidad de establecer relaciones causa-efecto. El niño o niña puede evaluar varios puntos de vista, pero aun no adquiere la habilidad de generar un pensamiento abstracto que le implique comprender lo permanente y absoluto de la muerte. Resultado de esto el concepto de muerte se elabora con gradual consciencia de irreversibilidad y de final. La muerte propia o de un ser querido, es difícil de comprender.

- **A partir de los 12 años.** Desde los doce años de edad se presenta el concepto de muerte vinculado a la capacidad de abstracción desde el cual se logra el entendimiento de que todo el mundo, incluso uno mismo, va a morir, tarde o temprano. A pesar de ello, la propia muerte se percibe muy lejana; hay un periodo crítico de aceptación y existe temor a lo que puede pasar antes de la muerte. El concepto de muerte se consolida como irreversible, universal e inexorable. Se debe reconocer que de forma excepcional algunos niños o niñas en los últimos dos rangos pueden alcanzar conceptos móviles dependiendo de la experiencia y madurez de cada situación particular, en especial, para los niños y niñas cercanos a los 12 años.

La resolución 825 del 2018 establece conceptos importantes de suma relevancia en el momento de solicitar el procedimiento de la Eutanasia en los NNA, estos conceptos son:

- **Niño, niña y adolescente con una enfermedad y/o condición en fase terminal.** Se entiende como aquella en la que concurren un pronóstico de vida inferior a 6 meses en presencia de una enfermedad y/o condición amenazante para la vida, limitante para la vida o que acorta el curso de la vida, y la ausencia de una posibilidad razonable de cura, la falla de los tratamientos curativos o la ausencia de resultados con tratamientos específicos, además de la presencia de problemas numerosos o síntomas intensos y múltiples.
- **Niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención de su salud.** Son los niños, niñas y adolescentes que tienen, o se hallan en riesgo elevado de tener, una condición crónica física, emocional, del desarrollo o del comportamiento, requiriendo en consecuencia servicios de salud en calidad y cantidad diversa y mayor a los que los niños, niñas y adolescentes requieren en general.

- **Niños, niñas y adolescentes dependientes de tecnología.** Son los niños, niñas y adolescentes que requieren tanto de equipamiento médico para el mantenimiento de la vida de forma prolongada para compensar la pérdida de una función vital del cuerpo, como de cuidados permanentes para prevenir la muerte o futuras discapacidades y cuyos cuidados pueden ser dispensados en el hogar por el personal de salud, la familia y/o los cuidadores.
- **Patria potestad.** De conformidad con lo establecido en el artículo 288 del Código Civil, la patria potestad es el conjunto de derechos que la ley reconoce a los padres sobre sus hijos no emancipados, para facilitar el cumplimiento de los deberes que su calidad les impone. El ejercicio de la patria potestad corresponde conjuntamente a ambos padres. A falta de uno de los padres, la ejercerá el otro.

En el desarrollo del texto de la resolución mencionada se establece quienes son sujetos de exclusión de la solicitud del procedimiento eutanásico, estas personas son:

- Recién nacidos y neonatos
- Primera infancia.
- Grupo poblacional de los 6 a los 12 años, salvo que se cumplan las siguientes condiciones: i. cumplir todos los requisitos establecidos en los artículos 8 y 9 de la Resolución 825/2018, ii. desarrollo neurocognitivo y psicológico excepcional que les permita tomar una decisión libre, voluntaria, informada e inequívoca en el ámbito médico y su concepto de muerte alcance el nivel esperado para un niño mayor de 12 años según lo descrito en el numeral 2.3.4 de la resolución en mención.
- Niños, niñas y adolescentes que presenten estados alterados de conciencia.
- Niños, niñas y adolescentes con discapacidades intelectuales.

- Niños, niñas y adolescentes con trastornos psiquiátricos diagnosticados que alteren la competencia para entender, razonar y emitir un juicio reflexivo.

En la resolución 825 del 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social llama la atención que en el numeral 7.1 del capítulo III que trata acerca del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia de adolescentes y excepcionalmente de niños y niñas entre 6 y 12 años y enuncia los criterios para la garantía del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia para los casos del niño, niña o adolescente; se disponga de la prevalencia de los cuidados paliativos como prerrequisito para poder efectuarse el procedimiento de la Eutanasia. Y genera un especial interés dicho punto no por la necesidad e importancia de los cuidados paliativos en personas con enfermedades terminales, sino porque de acuerdo a la información obtenida en el documento Lineamientos para la Atención Integral de los Cuidados Paliativos en Colombia del Ministerio de Salud y protección Social (2018), nuestro país de acuerdo con el Ranking Mundial de Cuidados Paliativos 2015, **se encuentra en el puesto 68 de 80 países analizados, en una etapa caracterizada por una baja provisión de la oferta y una baja demanda de los servicios de cuidados paliativos.**

La anterior publicación analizó la calidad de servicios para enfermos terminales en 80 países; para cumplir con este objetivo se emplearon 20 indicadores que se dividen en cinco categorías, a saber:

- El marco general de los servicios paliativos y la atención sanitaria.
- Los recursos humanos.
- La asequibilidad de los servicios.

- La calidad de la atención.
- La participación social (el voluntariado/ la consciencia pública de los cuidados paliativos).

Es así como de acuerdo al penoso ranking en que nos encontramos y las variables auditadas cobra relevancia las reflexiones de:

Boris Pinto (2018), profesor investigador en Bioética Clínica de la Universidad del Rosario y de la Universidad del Bosque en su página de internet Razón pública, concluyó lo siguiente con respecto a la resolución 825/2018: “Ojalá esta Resolución, al insistir en el carácter imprescindible del cuidado paliativo integral como prerrequisito para practicar la eutanasia, contribuya al desarrollo de una cultura de los cuidados paliativos en Colombia. De lo contrario, seguiremos siendo un país progresista en algunos temas, al tiempo que persiste la deuda en cuanto a la garantía de derechos fundamentales, entre ellos, el derecho a la salud, tanto para los niños con condiciones crónicas y terminales, como para sus familias y cuidadores”.

Beca J. y cols (2014), en su análisis sobre la ley de eutanasia en niños en Bélgica indicaron que para algunos, la eutanasia resulta inaceptable en cualquier circunstancia y a cualquier edad, sobre la base de que nunca se puede atentar contra una vida humana por su valor intrínseco absoluto o por su sacralidad. Tanto que quienes así piensan, ya tienen una posición definitiva ante este nuevo escenario de eutanasia en niños. Sin embargo, no deberían asumir que quienes la aceptan lo hacen sin reconocer el valor de la vida de los niños en fase terminal, ni deberían descalificar a quienes piensan de manera diferente. Por el contrario, quienes están abiertos a aceptar la validez de la eutanasia en casos

excepcionales en adultos, necesitan reflexionar ahora sobre este nuevo escenario de la eutanasia infantil, para fundamentar su rechazo o su aceptación.

Leiva A. (2013), docente de la Facultad de Derecho de la Universidad del Desarrollo en Chile determina en su artículo La Regulación de la Eutanasia según la Ley, que las decisiones al final de la vida en niños con enfermedad terminal son particularmente complejas y difíciles para los profesionales involucrados y para los padres de estos pacientes. Por ello un adecuado razonamiento hace necesario considerar los significados de la vida, de la enfermedad, del sufrimiento y de la muerte, temas que rara vez se enfrentan. La consecuencia es que, por temor a facilitar la muerte, las decisiones se postergan aplicando medidas que prolongan artificialmente el proceso de morir, aumentando así el sufrimiento. Es lo que se conoce como obstinación terapéutica y que desde un enfoque bioético principialista atenta contra el principio de No Maleficencia.

Los argumentos en contra de la eutanasia sostienen que cuando alguien la solicita, lo hace no porque quiera morir, sino porque quiere dejar de sufrir. De acuerdo con esta tesis, se dice que dar muerte al enfermo que la pide no significa respetar su derecho a la libertad, sino que significa, en muchos casos, un gran desconocimiento de las diferentes fases que puede pasar un enfermo desahuciado: rebelión, desesperanza, resignación. Según García (2016), la eutanasia es innecesaria cuando se cuenta con cuidados paliativos. Las demandas para la eutanasia están mediadas por una gran frustración de los enfermos en fase terminal y la elevada de cuadros clínicos crónicos, que nunca son diagnosticados ni tratados.

Situaciones como la de un enfermo en estado terminal, con las circunstancias que lo rodean: una atención deficiente de sus necesidades, la sensación de inutilidad y de ser una carga, el miedo al dolor y al deterioro físico, pueden estar condicionando, de forma seria, su

libertad y presentándole el suicidio asistido o la eutanasia como la única escapatoria a una situación que le resulta o se imagina a futuro como insoportable.

El médico Miguel Andrés Bayona Ospina (2018), Máster Universitario en Cuidado Paliativo Pediátrico de la Universidad de la Rioja, España, miembro de la Junta directiva de la Sociedad Huilense de Pediatría, plantea acerca de la Eutanasia en niños, niñas y adolescentes que, “toda esta discusión parte de una carencia que tenemos en nuestro sistema de salud en el país, entonces como no recibimos la atención a tiempo, con calidez, los pacientes terminan de forma desesperada pidiendo que se acabe con su agonía y con su dolor”.

“Lo que hizo el Ministerio y la Corte es una discusión a la cual no deberíamos haber llegado, sin antes garantizar que estos pacientes reciban lo que necesitan, es como si quisiéramos correr sin ni siquiera haber gateado”, añade.

“La eutanasia en pediatría es un concepto podíamos decir inexistente, es una decisión a la que no debería llegarse sin primero, tener al menos claro y muy bien fundamentado lo que son los cuidados paliativos, cuya legislación y cumplimiento carecemos y segundo, ser considerado como un derecho fundamental, ya que donde se preste de forma adecuada, permite que miles de pacientes y sus familias con enfermedades que limitan y amenazan sus vidas, reciban la atención que se merecen”.

No obstante, al convertirse la prestación de los cuidados paliativos en una obligatoriedad para todos los pacientes antes de solicitar una muerte digna, el médico Bayona comenta que esta es una oportunidad significativa de que los puedan recibir con calidad y calidez, y llegar a descartar contemplar la posibilidad de la eutanasia como opción.

Carolina Corcho (2018), Médica Psiquiatra, Miembro de la federación Médica Colombiana da su postura frente a la resolución 825/2018 indicando que **“la resolución del Ministerio de Salud sobre la eutanasia infantil responde a la orden de un juez de la república que busca garantizar un derecho. Lo que me preocupa es que en el país no se haya avanzado en garantizar el derecho a la salud de esta población, y se plantee en un salto garantizar la eutanasia.”** Insistió en la problemática de los servicios de salud en Colombia **“Doy esta cifra: en una década, entre 1998 y 2011, en Colombia hubo 1.400.000 muertes evitables, que se hubieran prevenido si se hubiera hecho una buena gestión de servicios de salud y de sus determinantes sociales”**. Y finalmente se refirió en el plano infantil sobre la leucemia en niños **“en Colombia los niños que la sufren mueren más que en otros países por barreras en el acceso al sistema de salud. Mientras aquí se mueren 8 de cada 10 niños en otros países se mueren solo 4, es decir que un niño colombiano tiene el doble de posibilidad de morir por leucemia”**.

El Médico Juan Carlos Hernández, en su calidad de Director de Hospices Presentes (2018) y como especialista en cuidados paliativos adujo

Estoy de acuerdo con que se valide el derecho de la eutanasia en niños y que los menores tengan esa opción de acceder a dicha alternativa, pero siempre y cuando se analice muy bien cada caso y estos menores tengan acceso a Cuidados Paliativos Pediátricos siempre, porque la atención en cuidados paliativos y en la enfermedad terminal de niños es muy diferente a la de los adultos y los casos no solo se centran en cáncer sino en muchas enfermedades congénitas. Por ejemplo, muchas veces la condición de terminalidad de un niño es por una enfermedad congénita y está asociada a

retardo mental y a alteraciones neurológicas, lo cual expone al niño y los padres a un sufrimiento intenso. Pero en dichos casos, que son los más frecuentes (más que el cáncer) él no tiene claridad para optar porque no entiende el concepto de eutanasia. En los adolescentes el panorama es más claro porque ya pueden tomar decisiones pero me queda el interrogante de si los niños menores de edad preadolescentes a quienes se les abre la posibilidad de decidir, tengan la capacidad de hacerlo. La idea es que cada caso se estudie bien para asegurarse de que los padres no están optando por esta medida, debido al cansancio o a que no reciben la atención adecuada de su EPS. Lo ideal sería que la reglamentación pensara más en el niño que en los cuidadores.

Difícil es intentar una explicación convincente al cambio del significado del término eutanasia desde sus orígenes hasta nuestros días. ¿Por qué secreta razón se cambia en el curso de los siglos el significado de la palabra griega que quiere decir: bondad, dignidad, honestidad al momento de morir, para descender a decir muerte provocada, muerte decidida por el médico, muerte por piedad o compasión? (BARRETO, 2004, s.p)

En suma, el acto médico y la eutanasia presentan cierto grado de similitud, dado que ambas nociones tiene como fin aliviar el dolor del paciente en estado terminal. De igual forma, ostentan una gran diferencia; dentro del primer entendido se establece una relación médico-paciente y consiste en aliviar el dolor utilizando los medios necesarios con el propósito de preservar la vida de la persona, no obstante en el acto eutanásico, la muerte se convierte en la solución a los insoportables dolores que manifiesta el paciente.

2.3 APLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE EUTANASIA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES: CONTRASTE DE REQUISITOS MÉDICO - JURÍDICOS.

La resolución 825/ 2018 a partir del Capítulo III describe el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia de adolescentes y excepcionalmente de niños y niñas entre 6 y 12 años.

El derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes debe garantizarse teniendo en cuenta los siguientes criterios: **1. Prevalencia del cuidado paliativo, 2 Prevalencia de la autonomía del paciente, 3 Celeridad. 4. Oportunidad, 5. Imparcialidad.**

La resolución 825/2018 define como pre requisito para la Eutanasia la prevalencia del cuidado paliativo, por lo tanto es menester tener en cuenta algunas definiciones que sobre ello se ha dado.

Sin entrar a discutir las diferentes posturas existentes, ni cuestionar los posicionamientos morales y/o personales que en éste y en otros problemas pueden adoptarse, se busca realizar una pequeña aproximación doctrinal al concepto de cuidados paliativos. Por lo tanto, lo primero es señalar que lo que conocemos como cuidados paliativos sólo es aplicable en aquellos supuestos en que una persona presenta un cuadro clínico irreversible, debido a enfermedades incurables o a situaciones que traen consigo sufrimientos físicos o psíquicos insoportables para el paciente.

El término “paliativo” deriva de pallium, palabra latina que significa “capa”, capote. Etimológicamente, significa proporcionar una capa para calentar a “los que pasan frío”, toda vez que no pueden más ser ayudados por la medicina curativa. Respecto de la esencia de su concepto, se destaca el alivio de los síntomas, del dolor y del sufrimiento en los pacientes que sufren de enfermedades crónico-degenerativas o están en la fase final, y se trata al paciente en su globalidad de ser y buscando mejorar su calidad de vida.

El 8 de enero de 1992 se funda en Madrid la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) quienes han elaborado una Guía de Cuidados Paliativos a nivel nacional, la cual fue publicada por el Ministerio de Sanidad en 1993. Esta sociedad ha elaborado la siguiente definición:

Los cuidados paliativos se basan en una concepción global, activa y viva de la terapéutica, que comprende la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de las personas en situación de enfermedad terminal; siendo los objetivos principales el bienestar y la promoción de la dignidad y la autonomía de los enfermos y de su familia, y los medios terapéuticos, el control de síntomas, el apoyo emocional y la comunicación cuando estemos delante de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin posibilidades razonables de respuesta a un tratamiento específico y con una muerte previsible a corto plazo, causada ya sea por un cáncer, SIDA, o cualquier otra enfermedad crónica y progresiva. (Citado por Centeno, et al. 1993, p. 92).

El cuidado paliativo es la atención activa y compasiva del enfermo terminal en el momento en el que ya no responde al tratamiento tradicional dirigido a la curación y la prolongación de la vida, y cuando el control de los síntomas físicos y emocionales es primordial. Es multidisciplinar en su enfoque, y abarca al paciente, la familia y la comunidad en su ámbito de aplicación. (García, 2011, p. 20-21).

La Organización Mundial de la Salud ha vinculado el tema del cuidado paliativo con sus disposiciones sobre la atención a las personas enfermas de cáncer desde 1980. En 1989 publica *Palliative Cancer Care*, así como también publica en 1990 una guía más detallada que se llamó *Cancer pain relief and palliative care*. En el año 2002 elabora la siguiente definición de Cuidados Paliativos:

Cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2002, s.p).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), vinculó inicialmente el concepto de cuidado paliativo sólo al cuidado de personas con cáncer en fase terminal y posteriormente cambió el concepto, evolucionando al que actualmente comprende no solo personas con

enfermedades oncológicas, sino también a todas aquellas que sufren enfermedades crónicas potencialmente mortales.

Esta preocupación por las condiciones en que las personas mueren ha permitido el desarrollo de un saber-hacer dentro de la medicina. Pero que al mismo tiempo no depende solo de los conocimientos médicos, sino que propone un trabajo interdisciplinar donde psicólogos, asistentes sociales, guías espirituales, enfermeras, médicos, voluntarios de la comunidad, median para que la persona enferma tenga calidad de vida y calidad de muerte.

Los cuidados paliativos para los niños y adolescentes representan un campo especial, aunque estrechamente relacionado, con los cuidados paliativos para adultos. Los principios que aplican a la población pediátrica son:

- El cuidado paliativo para los niños y adolescentes es el cuidado total activo del cuerpo, la mente y el espíritu; y también implica dar apoyo a la familia.
- Comienza cuando se diagnostica la enfermedad, y continúa independientemente de si un niño y adolescente recibe o no tratamiento dirigido a la patología.
- Los prestadores de servicios de salud deben evaluar y aliviar el sufrimiento físico, psicológico y social del niño y adolescente.
- La atención paliativa eficaz requiere un amplio enfoque multidisciplinario que incluya a la familia y haga uso de los recursos comunitarios disponibles.
- Puede proporcionarse en centros de atención terciaria, en centros de salud comunitarios en incluso en hogares pediátricos.

Los niños y adolescentes que requieren cuidados paliativos de acuerdo a lo establecido por la OMS son aquellos que presentan enfermedades tales como: cáncer, enfermedades hematológicas, enfermedades cardiovasculares avanzadas, cirrosis hepática, anomalías congénitas severas, trastornos del sistema inmune, VIH/SIDA, enfermedades renales, trastornos neurológicos y algunas condiciones neonatales incurables.

2.3.1 PROCEDIMIENTO PARA HACER EFECTIVO EL DERECHO MORIR DIGNAMENTE EN NNA.

Para hacer efectivo el derecho fundamental a morir con dignidad a través de la eutanasia todo adolescente que tenga una enfermedad o condición en fase terminal y que presente sufrimiento constante e insoportable que no pueda ser aliviado, podrá solicitar a su médico tratante la aplicación del procedimiento eutanásico como parte de su derecho a morir con dignidad.

Una vez recibida la solicitud, el médico tratante tendrá la obligación de:

1. Informar de dicha solicitud a quien ejerza la patria potestad del adolescente y reiterar o poner en su conocimiento y del paciente, el derecho que tiene a recibir cuidados paliativos pediátricos, de acuerdo con la definición establecida en la resolución 825/2018 y en el marco de la Ley 1733 de 2014, así como informar del derecho a desistir en cualquier momento de la solicitud.
2. Evaluar si el paciente se beneficia de la readecuación del esfuerzo terapéutico o de nuevos objetivos de cuidado y alivio sintomático, y ponerlas en práctica sin perjuicio de la solicitud.

3. Valorar directamente al paciente y convocar al equipo interdisciplinario pertinente de la IPS, con el propósito de: Establecer que la enfermedad o condición del adolescente se encuentra en fase terminal, Evaluar la concurrencia de las aptitudes del adolescente para la toma de decisiones en el ámbito médico e identificar y proveer los apoyos y ajustes razonables al adolescente que los requiera para comunicar su decisión. Identificar el concepto de muerte según edad evolutiva. Se debe hacer énfasis en el concepto personal del adolescente frente a la muerte en su situación particular.
4. Valorar la manifestación de sufrimiento del adolescente y verificar que haya sido atendido apropiadamente y que, a pesar de ello, persista como constante e insoportable.
5. Valorar la condición psicológica y emocional y la competencia para concurrir de quien ejerza la patria potestad del adolescente. Debe descartarse, en todos los casos, la presencia del síndrome de cuidador cansado, así como la presencia de posibles conflictos de intereses o ganancias secundarias de quien ejerza la patria potestad.
6. Registrar en la historia clínica, de forma clara y concisa la descripción de sufrimiento constante e insoportable que lleva a la solicitud, de acuerdo con la expresión del solicitante e incluyendo la percepción del médico tratante, las interconsultas o valoraciones realizadas.
7. Informar al adolescente y a quien ejerza la patria potestad sobre la necesidad de suscribir un documento donde se registre la solicitud elevada por el adolescente, en concurrencia con quien ejerza la patria potestad, si corresponde, que pueda ser presentado al Comité de que trata el Capítulo IV de la Resolución 825/2018.

8. Valorar si la primera solicitud se mantiene al momento de llevar la petición ante el Comité. La reiteración puede darse durante las diferentes valoraciones del paciente en su proceso de atención y debe quedar registrada en la historia clínica por parte del profesional de la salud que la haya recibido.

Una vez recibida la solicitud, el médico y el equipo interdisciplinario tratante tendrán quince (15) días calendario para cumplir con lo previsto en el artículo 8 de la resolución 825/2018.

De la misma manera la resolución determina que:

- La solicitud realizada por el adolescente deberá ser expresada directamente de manera libre, informada e inequívoca.
- En el evento que el adolescente no supiere o pudiere suscribir la solicitud, esta se hará a ruego ante dos testigos imprimiéndose la huella dactilar o plantar del otorgante, acorde con lo previsto en el artículo 826 del Decreto 410 de 1971. Igualmente, previa valoración de la capacidad, se tendrán como válidas las manifestaciones de voluntad de los adolescentes a través de grabaciones magnetofónicas, videograbaciones o mediante el empleo de otros medios tecnológicos en los términos del artículo 243 de la Ley 1564 de 2012.
- En caso de presentarse controversia sobre las condiciones de fase terminal o de la competencia y del concepto evolutivo de muerte, se podrá pedir una segunda opinión o el concepto de un grupo con experticia específica en la valoración que requiere la segunda opinión.

En lo que respecta al trámite para hacer efectivo el derecho a morir dignamente a través de la eutanasia para los casos de niños y niñas en el rango de edad de los 6 a 12 años que tenga una enfermedad o condición en fase terminal y que presente sufrimiento constante e insoportable que no pueda ser aliviado, este podrá solicitar a su médico tratante la aplicación del procedimiento eutanásico como parte de su derecho a morir con dignidad.

Una vez realizadas las valoraciones pertinentes, el médico y equipo tratante podrán excepcionalmente elevar la petición ante el comité si se cumple lo previsto en el párrafo del artículo 3 de la resolución 825/ 2018

En consecuencia, una vez expresada la solicitud, el médico tratante, en forma previa a cualquier otro tipo de evaluación, deberá:

- Evaluar si el paciente se beneficia de la readecuación del esfuerzo terapéutico o de nuevos objetivos de cuidado y alivio sintomático y ponerlas en práctica sin perjuicio de la solicitud.
- Revisar si la solicitud fue expresada de forma explícita y nunca bajo sugerencia, inducción o coacción, para que pueda ser considerada como voluntaria y libre.
- Una vez considerada la solicitud de carácter voluntario y libre, el médico tratante solicitará una valoración de psiquiatría infantil para realizar una evaluación exhaustiva que permita (i) la identificación de un desarrollo neurocognitivo y psicológico excepcional, y (ii) la constatación de un concepto de muerte propia como irreversible e inexorable. El cumplimiento de lo anterior garantiza que la manifestación de voluntad sea informada e inequívoca.

Tras la elaboración de un concepto confirmando que la solicitud puede considerarse voluntaria, libre, informada e inequívoca, se continuará con el cumplimiento del procedimiento descrito en el artículo 8 de la resolución 825/2018.

Con el inicio del proceso contemplado en el artículo 8 de la resolución, el médico y el equipo interdisciplinario tratante tendrán quince (15) días calendario para cumplir con lo previsto en dicho artículo.

La concurrencia para solicitar la aplicación del procedimiento eutanásico con quien ejerza la patria potestad del niño, niña o adolescente se regirá por el interés superior del menor, de la siguiente forma:

- De los 6 años hasta los 14 años, es obligatorio contar con la concurrencia de quien ejerce la patria potestad del niño, niña o adolescente.
- De los 14 a los 17 años de edad no es obligatorio contar con la concurrencia de quien ejerza la patria potestad del adolescente. Siempre se informará a quien la ejerza sobre la decisión adoptada por el paciente.

La concurrencia se podrá expresar válidamente, siempre que se haya superado la evaluación relacionada con las condiciones psicológicas, emocionales y de competencia de que trata el numeral 8.5 del artículo 8 de la resolución 825/2018.

El consentimiento sustituto es aquel expresado por quien ejerza la patria potestad de los niños, niñas o adolescentes que habiendo manifestado su voluntad, de acuerdo con los presupuestos establecidos por el artículo 8 (para mayores de 12 años) y artículos 8 y 9 de la resolución (para los casos excepcionales del rango de edad de los 6 a los 12 años), se

encuentran en imposibilidad para reiterarlo. No podrán sustituir el consentimiento del niño, niña o adolescente quienes tengan representaciones legales diferentes a la patria potestad.

2.3.2 FACTORES MEDICO – JURIDICOS QUE INCIDEN EN LA APLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE EUTANASIA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.

En las últimas décadas, el progreso científico-tecnológico en las ciencias médicas representa una posibilidad de transformar el proceso salud-enfermedad en el hombre, incluida la generación de expectativas en cuanto a la prolongación de la vida de un paciente en estado grave, crítico o terminal.

El desarrollo tecnológico constituye un hacer que trae siempre consigo significados de corte ético en sus aplicaciones sociales, donde no todo lo técnicamente posible puede ser siempre éticamente justificable.

Se ha manifestado que salvar, curar y sanar al paciente enfermo han sido las funciones que, tradicionalmente, se le han asignado a los médicos; hay casos en que cumplir con estos objetivos ocasiona la prolongación de la agonía y el sufrimiento; es tan compleja la

situación, que cuando ya no es posible curar o evitar la muerte el personal médico, tiene entonces la obligación de cuidar y aliviar.

Con el objetivo de evidenciar los contrastes de los requisitos médico jurídicos en la aplicación de la eutanasia en NNA se hace necesario precisar que para cumplir con la labor encomendada por la Corte Constitucional al Congreso, en un primer momento, la sentencia T-970/14 fijó unos lineamientos para poder materializar el derecho a morir dignamente, además de garantizar la seguridad a los médicos de realizar una acción conforme a la legalidad del país y no violentar los derechos de sus conciudadanos. Para lograr dicho cometido, la Honorable Corte especifico y aclaro algunos vacíos que pudiesen conllevar a la mala práctica médica o a aplicar los principios de la sentencia C-239/97 de forma incorrecta.

En primer lugar, la Corte determinó que se debe analizar las implicaciones del requisito de que la enfermedad debe ser terminal y producir intensos dolores que causen sufrimiento al paciente. Para entender mejor lo anterior afirma que: Este requisito debe verse desde dos puntos de vista: uno objetivo y el otro subjetivo. El objetivo implica que la enfermedad debe estar calificada por un especialista. No basta con que el sujeto pasivo indique, sin mediar conocimiento técnico, que padece una enfermedad terminal (C. Const., 2014).

Mediante esta valoración se deduce si la patología es terminal o no; una vez confirmado de que lo sea, el siguiente aspecto a tener en cuenta es el subjetivo, es decir, aunque se pueda valorar el grado de dolor mediante la medicina (aspecto objetivo) puede en muchos momentos atropellar la autonomía y libertad de las personas. Las personas tienen diferentes formas de experimentar el dolor, debido a múltiples factores físico-químicos, además de los psíquicos. “Nadie más que el propio paciente sabe que algo le causa un sufrimiento de tal

envergadura que se hace incompatible con su idea de dignidad” (C. Const., 2014). Incluso cuando los médicos no lleguen a mutuo acuerdo sobre el dolor que está experimentado el paciente debe haber una prevalencia de la autonomía de este último.

Después de aclarar el principio anterior, la sentencia pasa a reflexionar sobre el consentimiento, aclarando lo que significa cada uno de los adjetivos que lo acompaña y que la Corte ya había promulgado en su sentencia C-239/97 (libre, informado e inequívoco). Dado lo anterior afirma: El consentimiento *libre* implica que no existan presiones de terceros sobre su decisión. Lo determinante es que el móvil de la decisión sea la genuina voluntad del paciente de poner fin al intenso dolor que padece. Además el consentimiento debe ser *informado*, motivo por el cual los especialistas deben brindar al paciente y a su familia toda la información objetiva y necesaria, para que no se tomen decisiones apresuradas pues de lo que se trata es de disponer de la vida misma del ser humano. Finalmente, el consentimiento tendrá que ser *inequívoco*. Una decisión como la que aquí se construye lo que pretende, en principio, es la protección de la vida del paciente y de su propia voluntad, por tanto, mediante este requisito se busca asegurar que la decisión del paciente de provocar su muerte sea consistente y sostenida, es decir, que no sea el producto de episodios anímicos críticos o depresivos (C. Const., 2014).

En este sentido la resolución 825 /2018 recoge la esencia de lo dispuesto en la sentencia T-544 del 2017, sentencia de la Honorable Corte Constitucional que ordeno la regulación del procedimiento de Eutanasia en NNA.

En el desarrollo procedimental de la eutanasia en NNA se evidencia que el tramite gira en torno a la prevalencia de los cuidados paliativos, así como en la capacidad de decisión del menor en tratándose del grupo etéreo al cual pertenezca y el desarrollo cognitivo del

mismo. Es por ello que se hace relevante citar diversas posturas a favor de un adecuado tratamiento terapéutico sin llegar a la obstinación terapéutica o distanasia y por otro lado aquellas a favor de la aplicación de la eutanasia.

El Dr. Gilberto de Jesús Betancourt (2011), indica que la limitación del esfuerzo terapéutico definida como "[...] la decisión mediata sobre la no implementación o la retirada de terapéuticas médicas al anticipar que no conllevarán un beneficio significativo al paciente." es parte de un debate en la actualidad en donde la complejidad y sutileza de los asuntos a considerar y de su fundamentación, es fuente de confusión y error. Por ende, los galenos deben saber que la limitación del esfuerzo terapéutico, la eutanasia y los cuidados paliativos, son conceptos esenciales en la práctica del profesional de la salud.

El autor sostiene que los médicos deben abstenerse de tratar agresivamente con terapias desproporcionadas e inútiles a sus enfermos; al igual que no deben emplearse gastos terapéuticos carentes de razonabilidad y buen juicio clínico, que busquen un tratamiento, donde el sufrimiento es inevitable y desproporcionado al beneficio esperado.

Así mismo, refiere que la decisión de limitar algún procedimiento de soporte vital no quiere decir que el esfuerzo terapéutico finalice. En ese contexto, los cuidados paliativos pasan a una primera línea asistencial, donde la sedación, la analgesia y el apoyo psicológico, son soportes imprescindibles y de gran responsabilidad.

Por lo tanto, los enfermos en fase terminal también gozan de derechos tales como a) a no sufrir inútilmente; b) a que se respete la libertad de su conciencia; c) a conocer la verdad de su situación; d) a decidir sobre sí mismo y sobre las intervenciones a que se le ha de someter y e) a recibir asistencia espiritual. (Ruiz, 2008).

La relación que hay entre eutanasia, suicidio médico asistido y cuidados paliativos es objeto de debate hoy en día, pese a esto, no se ha demostrado evidencia alguna de que al ofrecer los cuidados paliativos los pacientes con enfermedades terminales no soliciten su derecho a morir de forma digna. Por otra parte, no se puede negar que aunque no se anule la totalidad de solicitudes de eutanasia o suicidio asistido mediante el ofrecimiento de los cuidados paliativos, sí contribuye a disminuir el porcentaje.

Los cuidados paliativos de calidad no consiguen anular todas las solicitudes de suicidio asistido. Esto es lo que se puede deducir de la experiencia de Oregón (EEUU), que para sostener unas cifras bajas de suicidio asistido, el factor responsable de mayor impacto, es mantener unos cuidados paliativos de calidad, pero estos no consiguen anular la totalidad de las peticiones (De Miguel Sánchez y López Romero, 2007)

Es comprensible la difícil situación a la que se enfrentan los padres de un niño con discapacidad, con un delicado estado de salud, como es el caso de la acción de tutela que generó la decisión de la Corte Constitucional (Sentencia T 544/2017). Sin embargo, lo que falló en dicho caso fue una adecuada atención de la EPS al niño afectado y el oportuno suministro de cuidados paliativos, tal como lo establece la Ley 1733 de 2014. Como se narra en los hechos del caso, ante la falta de atención por la EPS, la situación del menor se agravó hasta tal punto que sus padres se vieron obligados a pensar en la posibilidad de la eutanasia.

Así pues la dicotomía dentro de los contrastes médicos que atañen la resolución 825/2018 y en general la actual normativa reguladora de los procedimientos eutanásicos en nuestro país, radica en la falta de educación por parte del equipo médico en un cuidado terapéutico

adecuado en la fase terminal de la vida de aquellos pacientes que ven como la misma ha dejado de ser digna para transitar por un camino tortuoso enmarcado por el dolor.

Por otra parte en Colombia se considera que los menores de 18 años no cuentan con capacidad jurídica plena y por eso no se les permite celebrar ciertos actos y contratos, y tampoco pueden votar, ni comprar licor o cigarrillos. Sin embargo, en la resolución se prevé que pueden disponer de su existencia, aquella que los convierte en sujetos derechos. Un menor carece de la madurez psicológica suficiente para pronunciarse jurídicamente en un asunto tan sensible como este. El consentimiento de sus padres también estaría afectado por el dolor y la compleja situación que están afrontando. Por ende, es importante anotar que, al tratarse de la limitación de un derecho fundamental (a la vida), sería necesaria una ley estatutaria para reglamentar el asunto.

Gerlant van Berlaer (2014), pediatra de la Universidad Ziekenhuis frente al interrogante de si los niños son lo suficientemente maduros para tomar una decisión sobre poner fin a sus vidas señala que la experiencia de niños con enfermedades terminales que pasan la mayor parte de su tiempo con adultos, los convierten en personas mucho mayores de lo que realmente son.

"Raramente -pero ocurre- hay niños que intentamos tratar, pero no hay nada que podamos hacer para mejorarles su condición. Esos menores deben tener el derecho a decidir sobre el fin de sus vidas",

El asunto de los menores de 14 años y la determinación de la aplicabilidad de la eutanasia es tan complejo, que aun habiéndose determinado por parte del equipo médico el adecuado desarrollo cognitivo que permita la diferenciación entre la vida y la muerte y que su

determinación del trámite haya sido expresado de manera libre, espontánea y sin ningún tipo de inferencia, debe concurrir el asentimiento del trámite de quien ejerza la patria potestad.

En el hipotético caso de un menor de 14 años que cumpla con todo lo dispuesto en la resolución 825/2018 para solicitar la eutanasia y su padre se opone por convicciones religiosas, sociales entre otras, esta no se podría realizar por la necesidad de la concurrencia de quien ejerce la representación legal del menor. En este caso, estaríamos frente a un saludo a la bandera teniendo en cuenta que finalmente la voluntad del menor no sería plena por su edad.

Ana Isabel Gómez (2009), Docente de carrera de la Universidad del Rosario, Directora del programa de Medicina de la misma Universidad y bioeticista; expresó su postura en lo que respecta al procedimiento de Eutanasia en los niños, indicando que existen muchos dilemas en torno a la determinación de la aplicación del procedimiento y para ello plantea algunos ejemplos de casos médicos reales, tales como:

“Un niño de 11 años de edad que padece leucemia desde los 8 años se encuentra en la tercera recaída. El tratamiento propuesto implica grave riesgo e incluso compromiso de la calidad de vida del paciente. Los padres insisten en iniciar el tratamiento, pero el niño al ser consultado no desea ser tratado y quiere volver a su casa”.

“Un niño de 8 años sufre un trauma craneoencefálico severo, al ser atropellado por un conductor ebrio. La función neurológica está severamente comprometida, y el pronóstico de calidad de vida futura es

pobre. Los padres están separados. El equipo de salud considera que no se deben instaurar nuevas medidas terapéuticas e incluso retirar las existentes. El padre está de acuerdo y la madre disiente”.

Declara la Dra. Gómez que no se puede poner en duda la complejidad del asunto por diversas razones: los menores de edad son una población vulnerable desde todo punto de vista; tienen autonomía, aunque limitada; tienen distintos niveles de incapacidad legal; en la toma de sus decisiones intervienen inevitablemente terceros (los padres) con posibilidad de conflicto de interés y riesgo moral; existen reglas de familia entre ellas algunas de carácter religioso; se deben tomar decisiones racionales en el ámbito de la incertidumbre; las acciones presentes tienen consecuencias en la vida futura del paciente, su familia, la sociedad y el sistema de salud. Es por ello que se debe recurrir a algunas fórmulas para determinar si la realización de un procedimiento médico representa el mejor interés del paciente. En principio se requiere hacer un análisis sobre:

- Posibilidad de aliviar el dolor y el sufrimiento
- Posibilidad de conservar o restablecer una función orgánica
- Proporcionalidad del procedimiento con la calidad y esperanza de vida
- Oportunidad de satisfacer intereses futuros y posibilidad de desarrollar la capacidad de autodeterminación
- Posibilidades de alcanzar unas mínimas capacidades cognitivas, funcionales y de relación con su entorno.
- Posibilidad de alcanzar capacidades para una vida considerada humana.

En este punto cobra especial interés el concepto de futilidad, entendido como “aquel acto médico cuya aplicación a un enfermo está desaconsejada porque es clínicamente ineficaz,

no mejora el pronóstico, los síntomas o las enfermedades intercurrentes, o porque previsiblemente produce perjuicios personales, familiares, económicos o sociales, desproporcionados al beneficio esperado”

Los profesionales deben reconocer los límites de la medicina y prevenir el exceso de tratamiento –la llamada “distanasia”– o el tratamiento fútil. Es importante desafiar la ilusión

de que existe solamente una forma de ocuparse el dolor y del sufrimiento: la eliminación de los enfermos. Es necesario acentuar que el llamado “dolor total” –concepto acuñado por Cicely Saunders– no se puede tratar solamente a través de instrumentos técnico-científicos. En el caso del “dolor total”, la eficacia de analgésicos se relaciona con la posibilidad de incluir el tratamiento médico en el contexto de relaciones humanas significativas, afectivas.

Los médicos y otros profesionales del cuidado deben respetar la *autonomía* del paciente, aceptando sus prioridades y sus objetivos, no ocultando la información solicitada por el paciente y respetando sus deseos de no ser tratado cuando esta intervención es sólo una prolongación del proceso de morir. Deben medir cuidadosamente las ventajas del tratamiento (*beneficencia*) y evaluar los riesgos y beneficios de cada decisión clínica (*no-maleficencia*) para prevenir el tratamiento fútil, que no se condice con los objetivos de la prevención: cura, cuidado, rehabilitación y superación del dolor.

2.4 IMPORTANCIA DE LOS PRINCIPIOS DE CELERIDAD Y OPORTUNIDAD EN EL TRÁMITE DE LA EUTANASIA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES SEGÚN LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN COLOMBIA.

La eutanasia no debe ser revisada únicamente a partir de sus significados médicos y técnicos, sino que debe ser un concepto holístico que toma en cuenta el proceso que el paciente ha tenido durante la progresión de su enfermedad, sus relaciones familiares, su situación económica y las experiencias vividas, que hacen cada caso diferente y único, priorizando de este modo la libertad, la independencia y la autonomía del paciente, las cuales, son la base principal en el momento de respetar su voluntad y de su familia, ante la solicitud de una muerte digna por medio de la eutanasia, siendo el consentimiento

informado, la máxima expresión de autonomía, además de ser el derecho del paciente y el deber del médico (Ruiz,2008).

En este caso, el derecho a elegir es lo que debe primar ante estas situaciones, ya que desde la perspectiva de un enfermo terminal la eutanasia debe ser vista como la conclusión lógica de una serie de decisiones al comparar entre los costos y beneficios de continuar viviendo y como la respuesta a una seria deterioración de la calidad de vida (Alvargonzalez, 2012).

Prolongar la existencia de una persona que padece profundas aflicciones causadas por una enfermedad, equivale a someterla a tratos inhumanos, prohibidos por la Constitución Política, lo que además significaría anular su autonomía y dignidad como sujeto moral. Inobservar el derecho fundamental a morir dignamente de una persona, es reducirla a un mero instrumento para la preservación de la vida.

El respeto al principio de la autonomía lleva consigo la inobjetable obligación de no intervención en los asuntos del paciente, sino también la de asegurar las condiciones necesarias para que su elección sea autónoma. Por el contrario, no respetar la autonomía personal es ignorar, desconocer o contravenir las decisiones que “libremente” se desean tomar para su propio beneficio (Camargo, 2009).

La sentencia C – 239/1997 determino que la Eutanasia en Colombia debe estar regida entre otros por el principio de Celeridad y Oportunidad, para ello en la jurisprudencia definen los mismos de la siguiente manera:

Celeridad. El derecho a morir dignamente no puede suspenderse en el tiempo, pues ello implicaría imponer una carga excesiva al enfermo. Debe ser ágil, rápido y sin ritualismos excesivos que alejen al paciente del goce efectivo del derecho.

Oportunidad. Se encuentra en conexión con el anterior criterio e implica que la voluntad del sujeto pasivo sea cumplida a tiempo, sin que se prolongue excesivamente su sufrimiento al punto de causar su muerte en condiciones de dolor que, precisamente, quiso evitarse.

El deber del Estado de proteger la vida debe ser compatible con el respeto a la dignidad humana y al libre desarrollo de la personalidad, razón por la cual frente a los enfermos terminales que experimentan intensos sufrimientos, este deber estatal cede respecto del consentimiento informado del paciente que desea morir en forma digna. La decisión de cómo enfrentar la muerte adquiere una importancia decisiva para el enfermo terminal, que sabe que no puede ser curado y que no está optando entre la muerte y muchos años de vida plena, sino entre morir en las condiciones que él escoge, o morir poco tiempo después en circunstancias dolorosas e indignas. Así

“el derecho fundamental a vivir en forma digna implica entonces el derecho a morir dignamente, pues condenar a una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones, equivale no sólo a un trato cruel e inhumano, prohibido por la Carta (CP art.12), sino a una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral”. Sentencia C- 239-

97

Bajo ese entendido, la relación directa entre el derecho a morir dignamente con los derechos a la salud y a la dignidad humana, implica la posibilidad de la persona que atraviesa una enfermedad terminal de optar por dejar de vivir una vida con intensos dolores y sufrimientos.

Entonces, para garantizar la voluntad del paciente y materializar el derecho a morir dignamente es necesario cumplir con ciertos parámetros mínimos, como: (i) la posibilidad de la persona de manifestar su deseo de morir; (ii) la conformación de un Comité para que en un término razonable sea programada la realización del procedimiento; (iii) la posibilidad del paciente de desistir de su decisión o activar otras prácticas médicas para paliar su dolor; (iv) la celeridad en la práctica de la eutanasia, de tal forma que se garantice la no prolongación del sufrimiento; (v) el respeto por la voluntad del paciente y las condiciones en las que este desea finalizar su padecimiento (atención oportuna, acompañamiento médico y del entorno familiar, entre otros).

La Resolución 825/2018 establece que todo procedimiento de eutanasia en NNA debe garantizar la autonomía del paciente, la celeridad y la oportunidad en su realización, así como la imparcialidad de los profesionales de la salud que intervienen en el mismo. Para cumplir con tales presupuestos se debe brindar el tratamiento paliativo que amerite la enfermedad, así como contar con la infraestructura adecuada que permita llevar a cabalidad el procedimiento. De igual forma, se debe conformar un Comité que coordine todo lo necesario para llevar a cabo el proceso, y que cuente con un abogado y con médicos especialistas en la patología que padece el paciente, así como en psiquiatría o psicología. Dentro de las funciones de ese Comité se encuentra la de acompañar, de manera constante y durante las diferentes fases, al paciente y su familia en ayuda psicológica, médica y social, para mitigar los eventuales efectos negativos.

El reconocimiento de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, es relativamente reciente (Sentencia T- 044/2014). Sus principios centrales se encuentran en la Convención Internacional sobre Derechos del Niño y son (i) la igualdad y no

discriminación; (ii) el interés superior de las y los niños; (iii) la efectividad y prioridad absoluta; y (iv) la participación solidaria.

En lo que respecta al principio de primacía del interés superior de los niños, la Convención Internacional sobre Derechos del Niño indica en su artículo 3º, lo siguiente:

*“1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, **una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.***

2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.

3. Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada” (negrilla fuera de texto).

Estos elementos han sido plasmados en el artículo 44 de la Constitución que relaciona algunos de los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes, los titulares de

los deberes frente a este grupo y establece que sus derechos prevalecen sobre los de los demás.

Es decir, de acuerdo con la Convención Internacional sobre Derechos del Niño y la Constitución Política de Colombia, las y los niños no sólo son sujetos de derechos, sino que sus derechos e intereses prevalecen en nuestro ordenamiento jurídico.

Estos principios han sido desarrollados por normas de rango legal, en particular por el Código de Infancia y Adolescencia (Ley 1098 de 2006). El artículo 8° de este Código señala que *“se entiende por interés superior del niño, niña y adolescente, el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus Derechos Humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes”*.

El artículo 49 de la Constitución Política desarrolla el derecho a la salud en los siguientes términos:

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley (...)”.

Ahora bien, la jurisprudencia ha reconocido el especial carácter que tiene el derecho a la salud de sujetos de especial protección, entre ellos, los niños, niñas y adolescentes. En efecto, ha precisado que, con base en los mandatos de los artículos 13 y 44 de la Constitución Política, el derecho a la salud de los menores de edad demanda una mayor actividad de las autoridades en aras de que accedan a todos los servicios requeridos para preservación de su vida en condiciones dignas. En ese sentido ha indicado:

“los derechos allí consagrados son derechos fundamentales, vale decir, verdaderos poderes en cabeza de los menores, que pueden ser gestionados en su defensa por cualquier persona, contra las acciones u omisiones de las autoridades públicas y de los particulares. Se trata entonces de derechos que tienen un contenido esencial de aplicación inmediata que limita la discrecionalidad de los órganos políticos y que cuenta con un mecanismo judicial reforzado para su protección: la acción de tutela. La razón que justifica la aplicación preferente del principio democrático a la hora de adscribir derechos prestacionales, resulta impertinente en tratándose de derechos fundamentales de los menores”. (Sentencia SU 225/1998)

Asimismo, el carácter de sujetos de especial protección constitucional de los NNA les otorga el derecho a un trato preferente y prevalente en el acceso a las prestaciones del sistema de seguridad social. En consecuencia, las autoridades del Estado en sus actuaciones administrativas y las decisiones de los jueces relacionadas con la prestación de servicios de salud a menores de edad, deberán considerar, de forma principal, los mandatos constitucionales sobre primacía del interés superior de aquellos y la prevalencia de sus derechos fundamentales, en aras de que estos se garanticen de forma eficaz y oportuna.

La jurisprudencia de la Corte Constitucional se ha pronunciado en numerosas oportunidades sobre las dos facetas del derecho fundamental a la salud: por un lado, su reconocimiento como derecho y, por el otro, su carácter de servicio público (Sentencia T – 134/2002). Sobre la primera faceta, ha sostenido que la salud debe ser prestada de manera oportuna, eficiente y con calidad, de conformidad con los principios de continuidad, integralidad e igualdad; mientras que, respecto de la segunda, ha dicho que la salud debe atender a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos previstos en los artículos 48 y 49 de la Carta Superior (Sentencia T – 121/2015).

Esta Corporación también ha sostenido que las condiciones en la prestación del servicio de salud inician desde la promoción y la prevención, pasando por el diagnóstico y el tratamiento, hasta la rehabilitación y la paliación de la enfermedad, razón por la cual se entiende que *“el acceso integral a un régimen amplio de coberturas, es lo que finalmente permite que se garantice a los individuos y las comunidades la mejor calidad de vida posible”*. (Sentencia T- 121/2015)

Sobre el particular, es necesario traer a colación lo consagrado en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015 Estatutaria de Salud. Esta disposición establece que el derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: (i) *disponibilidad*, en virtud del cual el Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente; (ii) *aceptabilidad*, según el cual los diferentes agentes del sistema deben ser respetuosos de la ética médica así como de las diversas culturas de las personas; (iii) *accesibilidad*, que indica que los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos

grupos vulnerables y al pluralismo cultural, y comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información; y (iv) *calidad e idoneidad profesional*, que supone que los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas.

El mencionado artículo 6 dispone además que el derecho fundamental a la salud comporta, entre otros, los siguientes principios: (i) *universalidad*, según el cual los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida; (ii) *continuidad* que indica que las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua, esto es, que una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas; (iii) *oportunidad*, que supone que la prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones; y (iv) *solidaridad*, en virtud del cual el sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades; De igual forma, es preciso hacer mención al artículo 8 de la Ley Estatutaria de Salud referente al principio de *integralidad*.

Este mandato implica que el sistema debe brindar servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y todo aquello necesario para que el individuo goce del nivel más alto de salud posible o al menos, padezca el menor sufrimiento posible. En virtud de este principio, se entiende que toda persona tiene el derecho a que se garantice su salud en todas sus facetas, esto es, antes, durante y después de presentar la enfermedad o patología que lo afecta, de manera integral y sin fragmentaciones. (Sentencia T – 718/2016).

Uno de los principales inconvenientes evidenciados en la prestación del servicio de salud a los que se enfrentan los usuarios del sistema son las múltiples trabas administrativas y burocráticas. Estas barreras no solo atrasan la prestación efectiva del servicio, sino que aumentan el sufrimiento de los pacientes. (Sentencia T – 188/2013)

La jurisprudencia constitucional ha identificado algunas de las graves consecuencias que afectan a los usuarios por la imposición de las barreras administrativas, a saber:

a) *Prolongación del sufrimiento*, que consiste en la angustia emocional que les produce a las personas tener que esperar demasiado tiempo para ser atendidas y recibir tratamiento;

b) *Complicaciones médicas del estado de salud*, esto se debe a que la persona ha tenido que esperar mucho tiempo para recibir la atención efectiva, lo cual se refleja en el estado de salud debido a que la condición médica empeora;

c) *Daño permanente*, cuando ha pasado demasiado tiempo entre el momento en que la persona acude al servicio de salud y hasta el momento en que recibe la atención efectiva, empeorando el estado de salud y por lo tanto generándole una consecuencia permanente o de largo plazo;

d) *Discapacidad permanente*, se da cuando el tiempo transcurrido es tal entre el momento que el paciente solicita la atención y hasta cuando la recibe, que la persona se vuelve discapacitada;

e) *Muerte*, esta es la peor de las consecuencias, y se puede dar cuando la falta de atención pronta y efectiva se tarda tanto que reduce las posibilidades de sobrevivir o cuando el paciente necesita de manera urgente ser atendido y por alguna circunstancia el servicio es negado.

Sobre la prolongación del sufrimiento ante la demora de una EPS en suministrar un medicamento, o practicar un tratamiento o procedimiento, la Corte Constitucional ha sostenido que la extensión injustificada de una dolencia o una disfuncionalidad vulnera los derechos fundamentales a la integridad personal y a la vida en condiciones dignas, aun cuando no se esté ante la inminencia de muerte (Sentencia T- 306/2016).

Desde sus primeros pronunciamientos, la Honorable Corte Constitucional ha hecho énfasis en que la negligencia de las entidades encargadas de prestar un servicio de salud, por causa de trámites administrativos o irregularidades internas, no puede ser trasladada a los pacientes, en tanto una conducta de ese tipo genera una grave afectación de sus derechos (Sentencia T- 705/1999).

La Corte ha dicho en reiteradas oportunidades que la protección constitucional del derecho a la salud no solo está dirigida a resguardar el derecho a la vida como simple existencia biológica, sino que esta debe considerarse dentro de una dimensión mucho más amplia, teniendo en cuenta los componentes de calidad de vida y condiciones de subsistencia del individuo. Es por esa razón que *“la prolongación en el tiempo del dolor o permitir la intensificación del mismo, equivale a someter a una persona a un trato inhumano, cruel y degradante, contrariando de esta manera lo dispuesto en el artículo 12 de la Carta Política”*; planteamiento que sin duda alguna es aplicable no solamente a los padecimientos de dolores corporales, sino análogamente a todos aquellos eventos que en razón de una enfermedad, se menoscaban la salud e integridad física o mental de la persona.

Con todo, debe decirse que el servicio de salud debe prestarse de manera oportuna, eficiente y con calidad, de conformidad con los principios de continuidad, integralidad e igualdad. La prestación del servicio de salud en estos términos se ve limitada cuando se

imponen barreras o trabas administrativas por parte de la entidad prestadora de salud, no imputables al paciente.

Una de las consecuencias que ello genera es la prolongación del sufrimiento que consiste en la angustia emocional que les produce a las personas tener que esperar demasiado tiempo para ser atendidas y recibir tratamiento. Esta clase de conductas generan una grave afectación de los derechos fundamentales no solo a la salud, sino a la integridad personal y a la vida en condiciones dignas.

3.0 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1 CONCLUSIONES

La muerte ha sido pensada de diferentes formas a lo largo de la historia de la humanidad, cada cultura tiene su propia manera de aproximarse a ese momento. Sin embargo, la aproximación que ha estado vigente desde mediados del siglo XX y hasta nuestros días está relacionada con el surgimiento de dos prácticas médicas denominadas cuidados paliativos y eutanasia.

La eutanasia ha presentado numerosos debates en el transcurso de la historia, desplegando diferentes concepciones en ámbitos políticos, religiosos, académicos y culturales. Se determinó que la vida y la dignidad humana como derechos fundamentales de cada Estado, representan el eje esencial para la resistencia contra el procedimiento eutanásico. A pesar de esto, hay que resaltar que la eutanasia día a día va alcanzando mayor entereza dentro de nuestra sociedad, convirtiéndose en una práctica fácil de asimilar.

Diferentes Estados han conseguido legalizar la eutanasia al igual que el suicidio asistido. No obstante, hay países que se encuentran en total desacuerdo con esta práctica rechazando todo acto que vaya en contra de la vida; por el contrario, existen otros interesados en incluir este método dentro de su normatividad. En Colombia se formalizó el acto eutanásico gracias a la Resolución 1216 del 20 de abril de 2015 y en el caso de los niños, niñas y adolescentes fue regulado mediante la Resolución 825/2018, en las mencionadas resoluciones se establecieron una serie de requisitos para que esta se realice ajustándolas a un procedimiento determinado.

Se pudo evidenciar que poco a poco esta técnica va materializándose dentro de la normatividad constitucional como un derecho fundamental a “morir dignamente”.

Se deben acabar los tabúes que rodea el proceso eutanásico. El hecho de tratar llanamente con la muerte, no significa que vaya en contra de los principios constitucionales que protegen los derechos de las personas, ni mucho menos los mandamientos morales y religiosos que pesan sobre ellas. Hay que concientizar a la sociedad de las ventajas que puede aportar esta práctica al paciente (NNA) en estado terminal, es decir, aquel que se encuentra próximo a sucumbir, protegiendo su derecho a morir dignamente evitándole sufrimientos innecesarios que igualmente lo llevarán a la muerte.

El acto médico y la eutanasia presentan cierto grado de similitud, dado que ambas nociones tiene como fin aliviar el dolor del paciente en estado terminal. De igual forma, ostentan una gran diferencia; dentro del primer entendido se establece una relación médico-paciente y consiste en aliviar el dolor utilizando los medios necesarios con el propósito de preservar la vida de la persona, no obstante en el acto eutanásico, la muerte se convierte en la solución a los insoportables dolores que manifiesta el paciente.

¿Tiene el paciente (NNA) derecho a morir con dignidad? Por supuesto que sí. Pero, por favor, complementemos el concepto. El médico tiene el deber de promoverla, de protegerla y hacerla respetar. Y con enorme frecuencia, dado su conocimiento del paciente, de su familia y de su historial clínico, es el médico quien tiene la información completa que permitirá llegar a la decisión de cambiar de rumbo y dejar la búsqueda, ya mencionada, de la calidad de vida (idealmente con prolongación de la misma), para enfocarse en una misión tanto o más difícil, pero probablemente más humanitaria: el proceso de la calidad de muerte. La muerte con dignidad, que todos quisiéramos, que todos los médicos tienen el deber de proteger.

La resolución 825/2018 establece que para solicitar la práctica de la eutanasia en NNA se debe contar con la oportunidad de acceder a los cuidados paliativos previamente a la solicitud, sin embargo y aunque existe la ley 1733/2014 que trata sobre los cuidados paliativos en Colombia, para que ésta sea operativa, falta la implementación de las políticas necesarias que conduzcan a que cada colombiano, en especial los NNA que lo necesiten tengan acceso a un cuidado paliativo de calidad, pero para lograr esto se requiere de un esfuerzo conjunto de toda la sociedad y de múltiples actores, y solo trazando un plan de desarrollo adecuado se logrará este objetivo.

Se requiere implementar programas de educación en pregrado, hoy en día menos del 10% de facultades de medicina en Colombia (según Dejusticia, 2016), enseñan algún principio básico del cuidado paliativo. Esto quiere decir que la inmensa mayoría de médicos generales de Colombia jamás estuvieron expuestos a pacientes paliativos. No existen suficientes especialistas de dolor y cuidado paliativo, y abundan cursos informales que no preparan suficientemente bien al médico para abordar todas las complejidades del cuidado paliativo.

La práctica eutanásica tanto en adultos como en NNA es un método utilizado única y exclusivamente en pacientes en estado terminal, es decir, personas que no tienen ninguna otra salida más que la muerte. Por medio de este acto se busca evitar padecimientos físicos y psicológicos en el enfermo, dejando como resultado la terminación de su ciclo vital.

Preguntas como ¿estás de acuerdo o en contra con la eutanasia en NNA? deben ser reemplazadas por ¿en qué momentos la eutanasia ayudaría a humanizarnos y en qué momento no? La vida por ser tan compleja no permite una única respuesta, y mucho menos al ser analizada desde un ámbito ético. La bioética permite sentarse entre varios

profesionales a mirar qué aspectos enriquecen la reflexión y cuál es la mejor respuesta en un determinado caso, no tienen la pretensión ambiciosa de concluir asuntos sino de enriquecer su reflexión.

Es importante mencionar que este no es el fin de una discusión sino apenas el principio para los demás países del mundo con legislaciones que mayoritariamente la prohíben y por lo tanto el debate frente a su legalización en el resto del mundo seguirá abierto, así como las diferentes opiniones generadas en Colombia frente a los casos que se practiquen.

Así mismo, es necesario establecer algunos parámetros que en la resolución 825/2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, quedaron incompletos; como por ejemplo, el consentimiento sustituto cuando el menor de edad padece de enfermedad mental, se ha determinado legalmente como incapaz y sufre de una enfermedad terminal, sugiriendo de este modo que se continúe la discusión de expertos que asegure que las prácticas de la eutanasia en NNA vayan de la mano de políticas en salud que cumplan con las características de eficacia, efectividad, seguridad, factibilidad técnica y legitimidad, en los términos señalados por la Corte Constitucional.

De la misma manera es sumamente relevante e importante que ante la solicitud del procedimiento de eutanasia con el cumplimiento de los requerimientos expresos en la normatividad (resolución 825/ 2018), el mismo se surta sin trabas administrativas ni obstáculos de cualquier índole que no estén debidamente justificados, toda vez que no se estaría cumpliendo el principio de celeridad y oportunidad determinado como pilar en la principalística del procedimiento de eutanasia en Colombia.

Finalmente recalcar que ante el impedimento administrativo para la realización del procedimiento eutanásico en NNA se estaría violentando el derecho a morir dignamente al igual que el derecho fundamental de la salud, teniendo en cuenta que la salud no es solo la ausencia de la enfermedad, además que en el momento de estar sometido a un enfermedad terminal con padecimiento de intensos dolores, deberá prevalecer la autonomía del paciente, su voluntad y en el caso de los menores el principio de interés superior.

3.2 RECOMENDACIONES

Exhortar al Congreso para que de una vez por todas y sin trabas políticas o de otra índole legisle frente a la eutanasia en Colombia, de tal suerte que no se siga dilatando la creación de la Ley estatutaria que regule el tema. De esta manera no se daría el choque de trenes que actualmente se está presentado donde el Consejo de Estado hace poco **admitió el estudio de una demanda interpuesta por el concejal de Bogotá, Marco Fidel Ramírez, contra la eutanasia infantil**, argumentando que el Ministerio de Salud no tiene competencia para regularla.

Instar a las instituciones de salud en el país a que apoyen tanto la formación en bioética de los miembros de las Comisiones de Ética Médica, así como de todo el personal hospitalario en general, para no descuidar la educación humanística de los profesionales y técnicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Alvargonzález D. Alzheimer's disease and euthanasia. *Journal of Aging Studies* 2012; 26: 377-385. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2012.04.001>
- Amenós, J. (2007). “*Ética, psicología y cristianismo*”. FPC Producciones y Ediciones.
- Arango Piedrahita, W. D., Muñoz Sánchez, S., y Naranjo Salazar, L. I. (2014). *Desarrollo de la eutanasia en Colombia a partir de la sentencia C-239 de 1997 (Doctoral dissertation, Universidad Libre Seccional Pereira)*. Recuperado de: <http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/pereira/bitstream/handle/123456789/483/DESARROLLO%20DE%20LA%20EUTANASIA.pdf?sequence=1>
- ARISTÓTELES. “Política”. Libro IV. Capítulo XIV. Disponible en <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/bk000426.pdf> revisado por última vez el 27 de junio de 2019.
- Barreto Vaquero, D. (2004). Reflexiones en torno a la eutanasia como problema de salud pública: euthanasia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(1) Recuperado en 30 de junio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100010&lng=es&tlng=es
- Bayona Ospina, M. A. (2018). “Cuidados paliativos de calidad, antes que eutanasia infantil”. *La Nación La noticia independiente*. Recuperado de <https://www.lanacion.com.co/2018/03/13/cuidados-paliativos-calidad-eutanasia-infantil/>
- Beca J. y cols (2014, septiembre- octubre). ¿Podría ser aceptable la eutanasia infantil?. *Revista Chilena de Pediatría*. Recuperado de: <https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2014/12/Eutanasia-infantial-Beca-y-Leiva-2014.pdf>
- Betancourt Betancourt, G. (2014). Limitación del esfuerzo terapéutico y principios bioéticos en la toma de decisiones. *Humanidades Médicas*, 14(2), 407-422. Recuperado en 30 de junio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000200011&lng=es&tlng=es
- Bidart Campos, G. J. (2006). Teoría general de los Derechos Humanos. Editorial Astrea de Alfredo y Ricardo De Palma. Ciudad de Buenos Aires. Pág. 2, 5, 73, 74, 77 y 78.
- Buitrago Trujillo, H. A. (2012) “Del vivir bien como desarrollo humano integral sostenible

- y del dialogo para su construcción”, 2012. Documento (en línea). Disponible en: http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CCkQFjAC&url=http%3A%2F%2Frevistas.upb.edu.co%2Findex.php%2Ftrabajosocial%2Farticle%2Fdownload%2F1774%2F1711&ei=Po0cVJeOLpPPggS4koDICw&usg=AFQjCNGdnqNYib_r3M82QLgd7qhS4szo0w
- Calvo Sotelo, J. (18 de Abril del 2005) “El holocausto comenzó por la eutanasia”. *Diario Digital ABC*. Disponible en <http://www.condignidad.org/holocausto-eutanasia.html> revisado por última vez el 27 de junio de 2019.
- Campos, M. (2014). “*Eutanasia y Nazismo*”. Trabajo fin de grado. Universidad Pública de Navarra, Pamplona-España.
- Castro, A.B. (2015). La eutanasia en la sociedad. Recuperado el 27 de febrero de 2019 de <http://bioetica.uft.cl/index.php/revista-altus/item/la-eutanasia-en-la-sociedad>
- Centeno, Carlos, et al. (1993). “El movimiento “hospice”: cuidados paliativos en la situación terminal de enfermedad. *Clínica* 5. 1993. Disponible en http://cuencodeluz.org/descargas/libro_movimiento_hospice.pdf revisado por última vez el 27 de junio de 2019.
- Corcho, C. (2018). Eutanasia infantil: ¿sí o no?. *Revista Semana*. Recuperado de <https://www.semana.com/Item/ArticleAsync/559610>
- Cuenca, J. (2007). *Entorno social, eutanasia y suicidio asistido: una propuesta intuitiva*. Requisito para el programa “Máster en Bioética”. Barcelona: Instituto Borja de Bioética.
- Brigard Pérez. A. M. Colombia frente a la eutanasia. Editora Editorial Planeta. 2006
- De Miguel Sánchez, C. y López Romero, A. (2006) Eutanasia y Suicidio Asistido: Conceptos Generales, Situación Legal en Europa, Oregón y Australia (I). *Medicina Paliativa*, Vol. (13), pp. 207-215. Recuperado de: <http://eutanasia.ws/hemeroteca/j23.pdf>.
- De Miguel Sánchez, C. y López Romero, A. (2007) Eutanasia y Suicidio Asistido: Dónde Estamos y Hacia Dónde Vamos?. *Medicina Paliativa*, Vol. (14), pp. 40-49. Recuperado de: <http://eutanasia.ws/hemeroteca/j22.pdf>.
- Díaz Amado, E. (2017). La despenalización de la eutanasia en Colombia: contexto, bases y críticas. *Revista de Bioética y Derecho*, (40), 125-140
- DMD (S.F.) Historia. Recuperado el 25 de Abril de 2019 de http://www.eutanasia.ws/eutanasia_mundo.html

García, M. J. (2011). “Evolución Histórica de los Cuidados Paliativos. Revisión Bibliográfica”. Trabajo de fin de grado. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia. Disponible en http://www.cuidarypaliar.es/wpcontent/uploads/2016/04/EVOLUCION_HISTORICA_DE_LOS_CUIDADOS_PALIATIVOS._REVISION_BIBLIOGRAFICA.pdf revisado por última vez el 27 de junio de 2019.

German History in Documents and Images. Disponible en http://germanhistorydocs.ghidc.org/sub_document.cfm?document_id=4496 revisado por última vez 27 de junio de 2019.

Gómez, R. M (2008). El Concepto legal de muerte digna. Documento (en línea). Disponible en: <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/z15.pdf>

Gracia, D. (1990). Historia de la eutanasia. En N. Albesa y J. Gafo (Eds.), La eutanasia y el arte de morir (pp.13-32). Madrid: Universidad Pontificia Comillas. Disponible en http://protestantedigital.com/magacin/12299/Historia_de_la_eutanasia. Revisado por última vez de junio de 2019.

Hernández, J. C. (2018). Eutanasia infantil: ¿sí o no?. *Revista Semana*. Recuperado de <https://www.semana.com/Item/ArticleAsync/559610>

HIPOCRATES. “Juramento Hipocrático”. (500 AC). Disponible en <http://www.bioeticanet.info/documentos/JURHIP.pdf> revisado por última vez el 27 de junio de 2019.

Historia Virtual del Holocausto. El genocidio nazi cometido contra la población judía europea entre 1933 y 1945. Disponible en <http://www.elholocausto.net/parte03/0309.html> revisado por última vez el 27 de junio de 2019.

Humphry, D. (2007). *Liberty and Death: A manifesto concerning an individual's right to choose to die*. Recuperado de: http://www.finalexit.org/liberty_and_death_manifesto_right_to_die_by_derek_humphry.html

Humphry, D. y Wickett, A. (1989) “*El derecho a morir. Comprender la eutanasia*”. Barcelona, Tusquets Editores. 1989.

López Camargo, E. (2009) Derechos del enfermo derivados del consentimiento informado. *Revista No.12 “Principia Iuris.”* Universidad Santo Tomas, Tunja.

Marx K. Citado por Diego Gracia en *Ética de los confines de la vida*. Bogotá: Edit. El Búho; 1999.

Montes, S., Leal, A. & Mahecha, J. (2015). Colombia reglamentó la eutanasia. Descargado

20 de Enero de 2019. En <https://unma-pachedice.wordpress.com/2015/05/19/colombia-reglamento-la-eutanasia/>

Moro, T. (2004). “Utopía”. Instituto de Pesquisa de Relações Internacionais. Editora Universidade de Brasília. Disponible en <http://funag.gov.br/loja/download/260-Utopia.pdf> revisado por última vez el 27 de junio de 2019.

Organización Mundial de la Salud. Program Cancer, Palliative Care. Disponible en <http://www.who.int/cancer/palliative/es/> revisado por última vez el 27 de febrero de 2019.

Patrício Dos Santos, S. (2011). “Eutanásia e suicidio assistido. O direito e liberdade de escolha.” Dissertação de Mestrado em Historia Contemporânea e Estudos Internacionais. Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. Disponible en <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/19198/1/SANDRA%20CRISITNA.pdf> revisada por última vez el 27 de junio de 2019.

Picontó Novales, T. (1992). Teoría general de la interpretación y hermenéutica jurídica: Betti y Gadamer. Anuario de Filosofía del Derecho, IX. Disponible en: http://www.unizar.es/deproyecto/programas/docufiles/Hermjca_12.pdf

Pinto Bustamante, B. (2018, marzo). La eutanasia en menores de 18 años: entre el Progresismo y el atraso. *Razón Pública.com*. Recuperado de <https://razonpublica.com/index.php/econom-y-sociedad-temas-29/10957-la-eutanasia-en-menores-de-18-a%C3%B1os-entre-el-progresismo-y-el-atraso.html>

PLATÓN. “Libro Tercero.” La República. 1872. Disponible en <http://www.filosofia.org/cla/pla/img/azf07147.pdf> revisado por última vez el 27 de junio de 2019.

Reich, W.T (1995). La euthanasia. *Encyclopedia of Bioethics*, 1. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022008000200005 revisado por última vez 27 de junio de 2019.

Revista Sectorial. (29 de Abril de 2015). Antecedentes sobre la Eutanasia, ¿Se Cumplirá la Regulación? Obtenido de Sectorial: <https://www.sectorial.co/articulos-especiales/item/51286-antecedentes-sobre-la-eutanasia-ise-cumplira-la-regulacion>

Rivera, J. (2009). Foro Eutanasia y Dignidad. Universidad Externado de Colombia. *Revista derecho y Vida*. Volumen 83. Recuperado de <https://www.uexternado.edu.co/derecho/revista-derecho-vida/>

Rodríguez, R. (1997) “El derecho de amar y el derecho a morir. Entre la vida y la muerte.”

- Pontificia Universidad Católica del Perú. Fondo Editorial. Disponible en <https://books.google.com.br/books?isbn=9972420833> revisado el 27 de junio de 2019.
- Román, B. (2007) “La Fundamentación Kantiana del deber de vivir y el principio autonomía: Reflexiones para la Bioética”. *Revista Laguna*, 21. Disponible en http://www.academia.edu/22141462/LA_FUNDAMENTACION_KANTIANA_DE_L_DEBER_DE_VIVIR_Y_EL_PRINCIPIO_AUTONOMIA_REFLEXIONES_PARA_LA_BIOETICA revisado por última vez el 27 de junio de 2019.
- Ruiz A. (2008). ¿Derecho a morir con dignidad?. *Revista Biomédica*; 28 (2), 191- 194
doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v28i2.90>
- Saunders C. (2004) *The solid facts: palliative care*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; Recuperado de http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf
- SÉNECA. “Carta 70”. Año 65 a.c.
SÉNECA. “Carta Entereza Necesaria para el suicidio”. Año 65 a.c.
- SUETONIO. “La Vida de los doce Cesares”. Edición eBook. 2002. Disponible en <https://uhphistoria.files.wordpress.com/2011/02/gaio-suetonio-los-doce-cesares.pdf> revisado por última vez el 27 de junio de 2019
- Sambrizzi, E. A. Derecho y Eutanasia. Editorial la ley. Año 2005. Cap.2 Pág 9
- Universidad del Rosario. (2015). Foro Eutanasia en Colombia ¿verdadero derecho? Recuperado el 12 de Noviembre de 2018 de <http://www.urosario.edu.co/Home/Principal/Eventos/eutanasia-en-Colombia-Derecho-y-Deber/>
- Van Berlaer, G. (2014). ¿Puede un niño pedir la eutanasia? *BBC Mundo*. Recuperado de https://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/01/140109_eutanasia_para_menores_de_edad_belgica_ao
- World Health Organization. (2002). WHO definition of palliative care. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- NORMATIVIDAD.**
- Constitución Política de Colombia. Recuperado de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. 10 de Diciembre 1948. Recuperado de <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Convención Internacional sobre Derechos del Niño. Recuperado de

<https://www.unicef.org.co/informes/convenci%C3%B3n-sobre-los-derechos-del-ni%C3%B1o>

Código penal, Ley 599 de 2000 (El Congreso de la república de Colombia 24 de Julio de 2000). Obtenido de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=6388>

Ley 1733 de 2014. (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. Diario Oficial No. 49.268 de 8 de septiembre de 2014. Recuperado de

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1733_2014.html

Ley Estatutaria 1751 de 2015. (Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones). Diario Oficial No. 49.427 de 16 de febrero de 2015 Recuperado de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html

Ley 1098 de 2006. (Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia). Diario

Oficial No. 46.446 de 8 de noviembre de 2006. Recuperado de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1098_2006.html

Resolución 1216 de 2015. (Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la Sentencia T-970 de 2014 de la honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad). Diario Oficial No. 49.489 de 21 de abril de 2015. Recuperado de

https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_1216_2015.htm

Resolución 825 /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). Diario Oficial No. 50.530 de 09 de marzo de 2018. Recuperado de https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_0825_2018.htm

JURISPRUDENCIA.

Colombia, Corte Constitucional (29 de marzo de 1993). “Sentencia T-124/93” [M. P. Vladimiro Naranjo Mesa]. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1993/T-124-93.htm>

Colombia, Corte Constitucional (24 de noviembre de 1993). “Sentencia C-542/93” [M. P. Jorge Arango Mejía]. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1993/c-542-93.htm>

Colombia, Corte Constitucional (7 de diciembre de 1993). “Sentencia C-565/93” [M. S. Hernando Herrera Vergara]. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1993/C-565-93.htm>

Colombia, Corte Constitucional (28 de abril de 1994). “Sentencia C-213/94” [M. P. Jorge Arango Mejía]. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/C-213-94.htm>

Colombia, Corte Constitucional (15 de diciembre de 1994). “Sentencia No. C-224/94” [M. P. Jorge Arango Mejía]. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/C-224-94.htm>

Colombia, Corte Constitucional (4 de diciembre de 1995). “Sentencia C-578/95” [M. P. Eduardo Cifuentes Muñoz]. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1995/c-578-95.htm>

Colombia, Corte Constitucional (26 de noviembre de 1996). “Sentencia T-645/96” [M. P. Alejandro Martínez Caballero]. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1996/T-645-96.htm>

Eutanasia, Sentencia C-239/97 (Corte Constitucional 20 de Mayo de 1997). Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>

Colombia, Corte Constitucional (21 de Septiembre de 1999). “Sentencia SU- 225/98” [M. P. Eduardo Cifuentes Muñoz]. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/1998/SU225-98.htm>

Colombia, Corte Constitucional (21 de Septiembre de 1999). “Sentencia T- 705/99” [M. P. José Gregorio Hernández Galindo]. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/1999/T-705-99.htm>

Colombia, Corte Constitucional (28 de febrero del 2002). “Sentencia T- 134/2002” [M. P. Alvaro Tafur Galviz]. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2002/T-134-02.htm>

Dignidad Humana, Sentencia T-881/02 (Corte Constitucional 17 de Octubre de 2002). Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/t-881-02.htm>

Omisión Legislativa, Sentencia C-173/10 (Corte Constitucional 10 de Marzo de 2010). Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2010/C-173-10.htm>

Colombia, Corte Constitucional (8 de abril de 2013). “Sentencia T- 188/2013” [M. P. Mauricio Gonzalez Cuervo]. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-188-13.htm>

Colombia, Corte Constitucional (12 de Noviembre de 2013). “Sentencia T- 815/2013” [M. P. Alberto Rojas Rios]. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-815-13.htm>

Colombia, Corte Constitucional (31 de Enero de 2014). “Sentencia T- 044/2014” [M. P. Luis Ernesto Vargas Silva]. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2014/T-044-14.htm>

Muerte digna, Sentencia T-970/14 (Corte Constitucional 15 de Diciembre de 2014). Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm>

Colombia, Corte Constitucional (26 de Marzo de 2015). “Sentencia T- 121/2015” [M. P. Luis Guillermo Guerrero Pérez]. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2015/T-121-15.htm>

Colombia, Corte Constitucional (15 de Junio de 2016). “Sentencia T- 306/2016” [M. P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo]. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2016/T-306-16.htm>

Colombia, Corte Constitucional (15 de diciembre de 2016). “Sentencia T- 718/2016” [M. P. Jorge Iván Palacio Palacio]. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2016/T-718-16.htm>

Colombia, Corte Constitucional (25 de Agosto de 2017). “Sentencia T- 544/2017” [M. P. Gloria Stella Ortiz Delgado]. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2017/T-544-17.htm>

