

**LA EUTANASIA EN MENORES DE EDAD EN EL RÈGIMEN JURIDICO EN
COLOMBIA: ¿PREVALECE EL DERECHO MEDICO O EL CONSENTIMIENTO DE
LOS PADRES?**

PAULA ANDREA HERNÁNDEZ RUIZ



UNIVERSIDAD
La Gran Colombia
Fundada en 1951

UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA
FACULTAD DE DERECHO
BOGOTÁ D.C.
2020

La eutanasia en menores de edad en el régimen jurídico en Colombia: ¿Prevalece el derecho médico o el consentimiento de los padres?

Paula Andrea Hernández Ruíz

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de Abogada

Dirigido por: Sergio Trujillo



**Universidad La Gran Colombia
Facultad de Derecho
Programa Académico Derecho y Ciencias Políticas
Bogotá Cundinamarca**

CONTENIDO

RESUMEN.....5
 Palabras claves.....5

ABSTRCT.....6
 Keywords.....6

INTRODUCCIÓN.....7

1. ASPECTOS GENERALES.....9

2. ALCANCES DE LA EUTANASIA.....27

2.1. Tipos de eutanasia.....27

2.2 La eutanasia en Colombia según su estatuto.....30

2.3 Estatuto normativo en menores de edad.....32

3. EUTANASIA Y SU REGIMEN JURIDICO.....38

3.1 La eutanasia en la legislación Colombiana.....38

3.1.1 sentencia 721 del 2017 como principio de la eutanasia en menores de edad.....44

3.2 Eutanasia en el derecho comparado.....45

4. Consentimiento de los padres vs consentimiento médico.....48

4.1 Qué es la ponderación y para qué sirve.....48

4.2 La ponderación en el marco jurídico colombiano a través de la sentencia T-425 de 199549

4.2.1 Criterio médico según la sentencia T-345 del 201353

4.3. definición de consentimiento informado.....55

4.4 Casos en los que opera el consentimiento de los padres.....58

5.CONCLUSIONES.....61

6. BIBLIOGRAFIA.....67

Resumen

En el presente, se abarcará el tema de la Eutanasia, buscando entender los diferentes aspectos que la componen, se estudia la eutanasia en menores de edad como referente a fin de contestar la pregunta: ¿cómo se determina el consentimiento para la práctica de la eutanasia en menores de edad al existir el conflicto de criterios médicos frente a la decisión de los padres? Para responder a esta pregunta se deben analizar las circunstancias que rodean este dilema, como lo son los aspectos sociales, religiosos, culturales, y medico científicos. Se analizan los casos y los argumentos tanto a favor como en contra, para el desarrollo de este trabajo. La metodología utilizada, en primera instancia, se entrará a definir el campo jurídico en cuanto a la normatividad, siguiendo por examinar el alcance del criterio médico y el consentimiento de los padres, para llegar, por último, a determinar por medio de la ponderación, cuál de estas dos premisas posee más valor o peso.

Palabras clave: *Menores de edad, Eutanasia, Vida, Vida Digna, Criterio médico, Consentimiento de los Padres, perspectiva social.*

Abstract

In the present, the topic of euthanasia will be covered, seeking the meaning of the different aspects that compose it, taking into account euthanasia in neonates or newborns as a reference base to solve the central questioning, which originates mainly in establishing whether prima plus parental consent, or medical judgment; taking into account the circumstances outside this problem, such as the social, religious and cultural aspects, which in many cases are limited and display a large number of debates, because the argument can have different points of view, both positive and negative, some being against and others in favor of the matter in question. For the development of the topic, in the first instance, it will enter to define the legal field in terms of regulations, continuing to examine the scope of the medical criteria and the consent of the parents, to finally arrive at the determination by means of the weighting , either of these two premises has more value or weight.

Key Words: *Mercy Homicide, Euthanasia, Life, Decent Life, Medical Criteria, Parental Consent.*

Introducción

El tema de la eutanasia ha sido discutido históricamente por diferentes áreas del conocimiento, en la actualidad requiere de importancia toda vez que se presenta como un elemento de análisis y discusión dentro en la jurisprudencia, la política y la medicina.

Como lo que interesa en la presente investigación es la eutanasia en relación con el derecho, se propone entonces responder al siguiente interrogante ¿cómo se determina el consentimiento para la práctica de la eutanasia en menores de edad al existir el conflicto de criterios médicos frente a la decisión de los padres? esto, debido a que los menores de edad en Colombia son considerados como una población vulnerable ya que poseen autonomía limitada y en la toma de decisiones intervienen sus padres.

Así mismo, el tema se plantea para esclarecer la práctica de la eutanasia en menores de edad en Colombia ya que evidentemente este tema es poco estudiado y no se tiene claridad de quienes pueden ayudar o deben tomar esta decisión tan difícil como lo es este proceso desbastador. Es por ello que la estructura de esta investigación se compone por dos grandes partes: El estado del arte y el marco teórico.

El estado del arte se desarrollará en el primer capítulo con la finalidad de tener un acercamiento a las diferentes concepciones sobre la eutanasia y su importancia en las diferentes leyes que se han implementado en algunos países. Con esto, se busca mostrar un primer esbozo de aquello que conforma la base de la investigación en curso.

En el marco teórico se desarrollará los objetivos específicos, por eso; el primero objetivo es definir, los tipos de eutanasia y la eutanasia en Colombia según estatuto. En el segundo objetivo;

se pretende fijar el alcance normativo sobre la eutanasia y finalmente se determinará la relevancia del criterio de los padres sobre el médico a través de las reglas de ponderación. Y finalmente, se reflexionará de forma crítica y concluyente la prevalencia del criterio de los padres sobre la del médico tratante al aplicar la eutanasia en menores de edad.

En las diferentes pesquisas que se realizaron en la presente monografía se evidencia que la eutanasia solamente se pudo implementar hasta inicios de la década de los noventas, pues este método abrió un gran camino a la toma de decisiones autónomas a personas mayores de edad que son quienes deciden si ponerle fin o no al sufrimiento de manera inmediata. En cambio, la eutanasia en el caso de menores de edad desemboca cuestionamientos morales, jurisprudenciales, constitucionales, etc., pues los médicos y los padres son quienes están en el medio de esta situación tan difícil. De este modo, se entrarán a ver los precedentes que se dieron en otros países como Holanda, Luxemburgo, Bélgica, Estados Unidos, entre otros. En seguida, se pretenden mostrar algunos alcances de la eutanasia en el estatuto colombiano; en tercera instancia se deben entrar a ver las condiciones ejecutables por la legislación colombiana y finalmente se planteará si el criterio médico o el de los padres prevalece sobre la toma de decisiones de la eutanasia en los menores de edad sin que este llegue a infringir la Ley o vulnerar los derechos del menor, y sus debidas conclusiones.

1. Aspectos generales

Es de interés del presente escrito realizar una investigación acerca de la eutanasia en menores de edad para ello se pretende construir un estado del arte, no en términos genéricos, sino adecuado al enfoque temático que se propone acá. En este sentido, se valorará los aportes de las diferentes investigaciones para consolidar la comprensión de la eutanasia dentro de los límites que se propone el derecho penal a la luz de la constitución y jurisprudencia por lo que se tendrá en cuenta; para iniciar, las siguientes fuentes bibliográficas: *La diferencia entre 'matar' y 'dejar morir' y su repercusión en el debate contemporáneo sobre la eutanasia*. Pérez (2004), *Discusión jurídica frente a los alcances del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, las niñas y los adolescentes en Colombia, El caso belga de eutanasia para niños, ¿solución o problema?*, *La eutanasia en niños en Holanda: ¿el final de un plano inclinado?*

La lectura de dichas obras permite obtener un panorama de las distintas concepciones sobre la eutanasia y su importancia en las diferentes leyes que se han implementado en algunos países. Es por ello que resulta importante mostrar un primer esbozo de aquello que conforma la base de la investigación en curso.

De acuerdo con estas investigaciones el concepto de eutanasia ha sido discutido históricamente por diferentes disciplinas, entre ellas el derecho, el análisis en la ejecución de mecanismos jurídicos de las democracias modernas resulta decisivo en la vida de los seres humanos. Con la declaración de los Derechos humanos, temas como el aborto, el suicidio asistido y la eutanasia se han convertido en elementos fundamentales en el desarrollo constitucional de un

país. En este sentido, el presente trabajo monográfico pretende dar cuenta de la eutanasia en Colombia y su práctica de en menores de edad, claro está,

Sin descuidar el debate ético-filosófico que permitirá deducir a lo largo de la investigación si es una práctica en el marco del derecho individual, o si por el contrario es un fenómeno social generalizado. Para efectos del presente trabajo, se dará cuenta del fenómeno de la eutanasia en el marco del Derecho comparacionista con otros países, lo que obliga a hacer una lectura del fenómeno en el marco de los Derechos humanos como base del modelo constitucional. (Tamayo, 2012, p. 9).

Como acercamiento inicial, se encontró la obra *La diferencia entre 'matar' y 'dejar morir' y su repercusión en el debate contemporáneo sobre la eutanasia* de Elías Pérez Sánchez (2004) que afirma que la “llamada humanización de la muerte” es una alternativa vitalista médica, es decir que se trata de una suerte de impulso vital que no solo se reduce al cuerpo, sino que trasciende más allá de esta vida pues esto permitiría morir dignamente a quien lo necesita.

Pérez (2004) parte de la comprensión de la eutanasia de Michael Wreen quien afirma que la eutanasia es la “anticipación voluntaria y consciente de la muerte de un enfermo que sufre una situación médica terminal, (por acción u omisión, con el fin de producirle un bien-un beneficio- o, como mínimo, evitarle un mal)” (p. 126), esto significaría que la eutanasia es, ante todo, un método por el cual un paciente con casos específicos como las enfermedades incurables, dolores físicos difícilmente aguantables puede tomar la decisión de terminar con su vida. Según este autor, se evidencian los pasos que se deben tener en cuenta al decidir por este procedimiento:

1. Mediante la administración de calmantes, con el fin primordial de aliviar los dolores del enfermo, incluso admitiendo y reconociendo como una consecuencia colateral -y prácticamente segura- la anticipación de la muerte.

2. Mediante la no aplicación de tratamientos o no prolongación de la situación del paciente suspendiendo los medios extraordinarios desasistencia médica, bien omitiendo el tratamiento de una enfermedad marginal, bien interrumpiendo un gota a gota intravenoso o el suministro de oxígeno.

3. Mediante la administración por parte del médico de una dosis letal de morfina (o alguno de sus derivados) con la intención de causar la muerte del paciente. (p.126)

Lo anterior son algunos de los elementos fundamentales por los que debe pasar un paciente que quiera tomar este procedimiento, pues si bien la eutanasia es legal en algunos países, esta no puede ser una decisión del momento, se requiere de tiempo y de paciencia para llevar a cabo este procedimiento.

Ahora bien, para el uso de este método, cabe hablar «eutanasia pasiva y eutanasia activa» las cuales el autor hace un símil entre estas palabras y las compara con «matar y dejar morir». Afirma que la diferencia entre dejar matar y dejar morir solo es cuestión de moralismos pues las decisiones sobre la vida pueden producir más dolor con una existencia “miserable”, pues el deterioro de la calidad de vida de aquellas personas que necesitan de este método como por

ejemplo, los enfermos terminales, demuestran que su existencia deja de tener un sentido cuando se enteran de su enfermedad, pues empiezan a pasar por procesos que van deteriorando su vida... hasta llegan a tener traumas psicológicos.

Baby M. es un ejemplo de esta dificultad: un bebé nacido en Melbourne con espina bífida y con el cuadro clínico agudo que se les supone a tales enfermos, recibió un tratamiento médico moderado, no porque no hubiera algún posible tratamiento que podría haber mejorado sus posibilidades de supervivencia, sino porque esos tratamientos alternativos no podían, a los ojos de los que habían tomado la decisión, ofrecer una calidad de vida satisfactoria en términos de funcionamiento físico y mental (Pérez, 2015, pp. 133-134).

El anterior caso deja duda acerca de cómo fue el tratamiento de Baby M. ¿El tratamiento de Baby M. era equivalente a reducir de un modo deliberado su vida? De acuerdo con el autor de esta investigación afirma que sí, pues dice que hay sospechas razonables en que la

Aplicación sistemática de la distinción directa-indirecta en beneficio de las muertes indirectas, pues tiene como finalidad servir de "colchón psicológico" para el médico atenuando al máximo su responsabilidad moral y no resolviendo el problema crucial que la eutanasia implica: cuando se ha decidido, por las razones que sean, que la muerte es la mejor opción para un enfermo, ésta debiera ser lo más rápida e indolora posible no solamente para él sino también para su entorno familiar. (Pérez, 2015, p. 320)

“Los principios de la doctrina tradicional e favor de la "humanización de la muerte" dejan mucho que desear en lo que a claridad y coherencia se refiere” (Pérez, 2004, p. 125), deja ver que entre matar y dejar morir solo hay una vaga ambigüedad, incluso aquello que él nombra como las vagas estafas que semánticas generan la perplejidad y cierta amargura si se revisa a fondo la situación de tomar esta decisión. La base de lo que se considera lícito e ilícito en la praxis de la medicina deja un sinsabor en una de las primeras revisiones bibliográficas que se ha propuesto aquí, pues “hacer morir”, un neonato para este autor es quitarle si se puede llamar así (un peso de encima) a aquellos que velan por ellos; es decir que el fin de la vida de alguien es ante todo una falta ética que trasciende entre los médicos y los familiares.

Ahora bien, Al acercarnos al segundo artículo de Martha Rocio Manzano (2018): *Discusión jurídica frente a los alcances del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, las niñas y los adolescentes en Colombia* se evidencia una comprensión de la posición jurisprudencial “constitucional colombiana sobre las posibilidades de reconocer el derecho a morir con dignidad a niños, niñas o adolescentes, con enfermedades con etapa terminal.” (p. 1)

Para comprender lo anterior, es necesario partir de la siguiente afirmación:

Colombia es un país concebido constitucionalmente como un Estado social de derecho, en el cual, debido a su pasado y presente tormentoso, ha procurado en la medida de lo posible, proteger la vida en todas sus manifestaciones, más aún la vida humana. Así, por ejemplo, nuestra Carta Política de 1991 establece que «el derecho a la vida es inviolable (art. 11) (Manzano, 2018, p. 3),

Este argumento dejar ver, en principio, que la vida del colombiano prevalece sobre cualquier otro derecho, pues se pretende proteger el ordenamiento jurídico, aunque la Constitución Política de Colombia (1991) mencione en el artículo 85 que “no se necesita desarrollo legislativo por ser de aplicación inmediata, si se puede afirmar existen múltiples normas nacionales e internacionales que consagran el derecho a la vida.”

Un ejemplo de ello, es lo preceptuado en el artículo 11 de Constitución Política colombiana (1991), que,

Genera una situación paradigmática que contrapone los conceptos del derecho a la vida y la prohibición de la pena de muerte, este artículo es ampliamente proteccionista de la vida, pues niega la posibilidad que en “Colombia se pueda instaurar la pena de muerte, el aborto en todas sus manifestaciones y la propia eutanasia como mecanismo para terminar una existen con o sin sufrimiento” (como se cita en Manzano, 2018, p. 4).

De dicho artículo se podría deducir que la eutanasia en menores de edad, sería una práctica antinatural, pues lo que se pretende con dicho artículo es proteger la vida de la persona sin importar sus causas ya sean (patológicas o biológicas), es decir que dicho artículo quedaría solo en discusiones éticas.

Aunque evidentemente en algunas sentencias se hace énfasis algunos lineamientos para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad un enfermo en fase terminal, es evidente que esto

no acoge a los menores de edad, pues el derecho a morir solo puede ser en consentimiento de personas mayores de edad. Esto deja ver que aún siguen existiendo vacíos en la ley colombiana, pues esto además de ser un debate ético, bioético, moral etc., que son quienes defienden la muerte digna y la muerte y los que defienden la vida como mayor bien jurídico requiere de bastante atención del derecho jurídico y el derecho pena. Es por ello que este tema *Eutanasia el fin del sufrimiento* requiere de una mirada internacional, nacional y, por ende, del derecho comparado.

Como lo que interesa en esta investigación, es mostrar la eutanasia no a nivel general, sino en menores de edad ya que también pueden “ser víctimas de enfermedades y afecciones mortales que los llevan a sufrir graves padecimientos y a que las condiciones de agonía sean generadoras de mayor sufrimiento y dolor, tanto para el individuo como para su entorno familiar” (Manzano, 2018, p. 5).

Además, es indispensable hablar de algunos países donde este debate acerca de la eutanasia en pacientes neonatales, niños, y adolescentes se ha hecho en la medida de lo posible: Australia, Bélgica, Estados Unidos, España, Argentina, El salvador, Holanda, entre otros han optado por comprender esta realidad como uno de los mayores desafíos.

Según el criterio de Muñoz y Rodríguez, la abogada Martha Rozo se guía por estos y afirma que el

parlamento holandés aprobó la legalización y regulación de la eutanasia. Se consagra el auxilio a la “muerte dulce” no será considerado un delito siempre que el médico actúe respetando criterios muy estrictos: que el enfermo esté sometido a un sufrimiento

insoportable sin que exista perspectiva de mejora alguna, que le haya expresado repetidamente su voluntad de morir y que pida la opinión a otro colega (como se cita en Manzano, 2018, p. 8).

En Holanda el caso de los niños de 12 a 16 años, es necesario el acuerdo del menor y de uno de sus progenitores, claro está, que el sufrimiento del paciente debe ser insoportable para que se pueda ofrecer una “muerte dulce”. Aunque en este país se haya dado una ley frente a la muerte digna con la eutanasia, aún se camina sobre pisos movedizos en el caso de los individuos neonatales. A diferencia de Bélgica según lo que afirma Manzano (2018) “se han dado unos pasos decisivos para la aprobación de la eutanasia. Una comisión del Senado aprobó uno de los artículos principales del proyecto de ley que pretende la despenalización de la “dulce muerte” (p. 8). Así mismo Paul Joseph Watson dice que Bélgica se ha convertido en el primero país en abolir todas las restricciones de edad, “el parlamento aprobó la legislación el 13 de febrero de 2014” para extender la eutanasia a niños en fase terminal; es decir aquellos menores de edad que tengan un sufrimiento constante y no se pueda aliviar a corto o largo plazo. Ahora bien, la aprobación de los padres, un equipo psicológico y los médicos son de suma importancia para estos casos, a partir de ellos se determinará si es necesaria la eutanasia o no.

Según lo señalado por Muñoz y Rodríguez (2002),

Bélgica, Holanda y Luxemburgo son los únicos países donde la eutanasia es legal. En los Países Bajos la edad mínima es de 12 años y en Luxemburgo 18. Las cifras oficiales muestran que en 2012 hubo 1432 casos de eutanasia en Bélgica. Por su parte, en Australia, “el 25 de mayo de 1995 se legalizó la eutanasia voluntaria en el Estado de Northern

Territory, pero el Parlamento Central, posteriormente, anuló esta normatividad regional”
(Como se cita en Manzano, 2018, p. 10).

En Japón, “el 28 de marzo de 1995 la corte del Distrito en Yokohama encontró culpable a un médico de asesinar un paciente de cáncer terminal que esperaba morir en unos pocos días” (Rocio, 2018, p. 10); frente a dicha situación, la corte enunció cuatro condiciones para permitir la eutanasia; primero, solo se permitirá

Si el paciente sufre un dolor físico inaguantable; segundo, si la muerte es inevitable e inminente; tercero, si se han tomado todas las medidas posibles para eliminar el dolor el dolor y finalmente si el paciente ha expresado claramente su consentimiento. (Manzano, 2018, p.10)

Lo anterior, es solo por poner un ejemplo de los pocos países que han permitido la eutanasia, pues dicha pesquisa permite deslumbrar en un primer momento, que, aunque se hable del tema, todavía queda mucho por solucionar, pues en los diferentes países nombrados se habla de la eutanasia, pero no se especifica desde qué edad se puede utilizar este método solo un país (Bélgica permite la eutanasia en neonatos niños y adolescentes).

Ahora bien, aunque el camino por recorrer en Colombia es largo para que se reconozca este tipo de procedimiento sobre enfermos terminales neonatos y/o menores de edad se debe superar la discusión sobre la capacidad para tomar esta decisión, y se debe trabar por el momento con referentes que se puedan identificar en legislaciones comparadas.

En tercera instancia se encontró *El caso belga de eutanasia para niños, ¿solución o problema?* de Silva (2015) quien muestra que en Bélgica el debate sobre la eutanasia a menos en el 2014 y parte del supuesto que la eutanasia antes un dominio exclusivo médico en medicina, pero que ahora se comparte con el paciente a quien se le da una libertad mental y emocional para elegir varias opciones entre los riesgos y beneficios relacionados con las diversas opciones de implementar este método.

“En 2002, países bajos y Bélgica adoptaron una ley despenalizada la eutanasia en ciertas Condiciones. Una ley similar se adoptó en Luxemburgo en 2009” (Martins, 2018, p.1), sin embargo, el tema sobre menores de edad se ha hecho más complejo, después de que en 2014 se aprobara una ley de la eutanasia sin hacer referencia al límite de edad.

El niño, como individuo vulnerable, requiere cuidados especiales y, por esta razón, las decisiones médicas sobre el final de la vida con respecto a menores representan desafíos clínicos y éticos adicionales. La Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por el UNICEF, menciona cuatro derechos relevantes sobre este tema: el derecho inherente a la vida (artículo 6); el derecho a expresar sus opiniones libremente (artículo 12), el interés superior del niño (artículo 3) y el derecho a la atención médica y la educación (artículos 24 y 28) (Martins, 2018 p. 2).

La causa mayo de enfermedades de niños se da durante los primeros años de vida, mientras que los niños mayores de un año mueren por causas externas. Esto requiere por parte de los

médicos una mayor complejidad. A partir de la realidad belga, se evaluará la urgencia de la nueva ley, destacando sus ventajas y desventajas a la luz de la doctrina de la dignidad humana.

El proyecto de ley que fue aprobado por el Senado el 12 de diciembre de 2013 y promulgado por la Cámara de Representantes el 13 de febrero de 2014 (después de dos días de debate, con la mayoría a favor - 86 contra 44 - y 12 abstenciones) (no mencionar límites de edad) (Martins, 2018, p. 2).

Bélgica, es el primer país en abolir legalmente todas las restricciones de edad de la eutanasia; lo cual da paso a que también se le pueda aplicar este método a los menores de edad siempre y cuando se cumpla con la legislación.

A diferencia de Holanda que solo los niños con enfermedades terminales mayores de 12 años que requieren de la eutanasia se les puede aplicar este método, claro está, siempre y cuando haya consentimiento de los padres, mientras que en Luxemburgo la eutanasia solo está permitida en pacientes mayores de edad (18 años).

En el caso de Bélgica, la ley obliga a que se den las siguientes condiciones en el caso de la eutanasia del os niños:

1. Capacidad de discernimiento”: evaluado cuidadosamente por un equipo de pediatría multidisciplinario, incluido un psicólogo clínico o psiquiatra y la presentación de una opinión escrita;

2. El contexto de una enfermedad terminal o incurable que conducirá a la muerte en un corto período de tiempo (que debe ser acordado por el pediatra y un médico independiente) con un sufrimiento constante e insoportable del niño

3.Solicitud por escrito del niño

4.Consentimiento de los padres o representante legal

5.La responsabilidad del médico y la provisión de apoyo psicológico a todos los involucrados. (Martins, 2018, p. 3).

Excluyendo algunos de menores de edad sin capacidad cognitiva o motora, pues debe existir un comité que supervise la práctica de la eutanasia para garantizar que los criterios se cumplan adecuadamente.

Ahora bien, “la ACT Asociación de Cuidados Paliativos, define los cuidados paliativos pediátricos como un enfoque activo centrado en el cuidado longitudinal, es decir desde el diagnóstico de la enfermedad del niño hasta la muerte e incluso la etapa de duelo” (Martins, 2018, p. 3), esta asociación sirve por la atención a los pacientes en diferentes momentos de su enfermedad. En general, los niños que mueren por debajo de un año pasan gran parte de su vida en el hospital, pero los adolescentes viven predominantemente fuera del hospital durante su último año de vida. Es necesario que la adaptación de cada individuo, sea humanizadora, es decir, que se le debe dar una adecuada integración y coordinación con todas sus necesidades básicas, teniendo en cuenta las necesidades básicas del niño y la familia.

Los cuidados paliativos y la eutanasia apuntan a aliviar el sufrimiento de los menores de edad, sin embargo, en la paliación su fin último es tratar los síntomas, sabiendo que existe algunas probabilidades de acelerar la muerte, mientras que, con la eutanasia, la muerte, es, el último medio para aliviar el sufrimiento.

Hablar de eutanasia puede ser éticamente aceptable si se lo que se quiere es aliviar el dolor ya se psicológico o físico, aliviar el dolor de un individuo puede llegar a ser, en principio un bien común tanto para la persona que se le va a realizar este procedimiento como para los padres.

El debate sobre la eutanasia en menores, es bastante amplio, pero poco discutido, es por ello que la decisión sobre quien debería tomar la última decisión si el médico o los padres genera conflicto pues, lo que se quiere es proteger a los niños de todo sufrimiento. Para los padres manifestar en este caso su consentimiento, es duro, pues el sufrimiento a largo plazo para ello también se puede hacer insoportable, claro que está que esta decisión requiere de una preparación en donde su decisión depende de la información proporcionada por los médicos.

Otro artículo que da luz sobre el tema de la eutanasia en menores de edad es *La eutanasia en niños en Holanda: ¿el final de un plano inclinado?* de Moreno y Galeano (2005), afirman que el protocolo de Groningen ayuda explicar los pasos que se deben llevar a cabo para una muerte digna en menores de edad, solo se puede aplicar a quienes padezcan de un sufrimiento incontrolable y desesperado, un diagnóstico cierto, la confirmación por otro médico, el consentimiento de los padres y una práctica médica aceptada.

Estos dos autores afirman que en los últimos años se ha demostrado que “hay tratamientos que se pueden administrar la eutanasia en recién nacidos como la anestesia y la sedación de una forma segura”. (p. 347)

Según Wisel, (1986) premio Nobel de la paz afirma que en la segunda Guerra Mundial

La primera víctima del programa de “eutanasia” emprendido por Alemania fue un niño (conocido como “el niño K” o “niño Knauer”), aquejado de mal formación física y retraso mental, que recibió una inyección letal de Luminal en el hospital de Leipzig, tras la petición de su padre (como se cita en Moreno & Galeano, 2005, p. 347).

Como afirman los dos autores, los niños que encontraran con alguna discapacidad o mal formación física o mentales se le enviaba al departamento de servicios pediátricos donde se les practicaba la eutanasia.

La sociedad Holandesa de Pediatría, siguiendo los protocolos de Groningen declara que “en determinadas circunstancias y bajo un estricto control, terminar con la vida de algunos neonatos gravemente enfermos puede ser una opción válida” (Moreno & Galeano, 2005, p. 347).

Como bien se había mostrado en el artículo la eutanasia en niños en Holanda: ¿el final de un plano inclinado? *Cuaderno de bioética*. en el 2002 solo se les permitía a los médicos practicar la eutanasia a pacientes mayores de 10 años, de 16 y 17 también se les autorizaba siempre y cuando los padres estuviesen informados, pues no era permitida en ningún caso en menores de 12 años. Es por ello que Eduardo Vergehan, (partidario de la legalización de la eutanasia en niño) ha realizado algunos escritos en donde evidencia las situaciones donde se podría poner fin a la vida de un neonatal o niño, con el consentimiento de sus padres.

Durante un tiempo este médico junto a su médico Pete Sauer estudiaron 22 casos de eutanasia en bebés realizados en la clínica de Beatrix de la Universidad de Groningen en donde su protocolo puede “considerarse el producto final de una serie de casos en la historia de neonatología holandesa” (Moreno y Galeano, 2005, p. 348). La posición de estos pediatras ha sido discutida por diferentes comunidades científicas, pues la discusión no solo se ha reducido al campo ético, sino que puede llegar a sobrepasar los límites del sufrimiento, como afirma Vergahen “La muerte puede ser más humana que continuar viviendo si vivir entraña un considerable sufrimiento” (Moreno & Galeano, 2005, p. 349), el pediatra reconoce que es mejor realizar una muerte humanizadora a que un neonato sufra de por vida. tomar la decisión en el final de la vida de una persona también depende de las voces de quienes soliciten la legalización para acabar con la vida de alguien, siempre y cuando se tengan en cuenta diversas circunstancias, teniendo en cuenta que si su vida persiste tendrá un deterioro de la calidad de vida.

Ahora bien, “el suicidio mediamente asistido consiste en la colaboración del médico u otra personal sanitario con el paciente que Voluntariamente quiere poner fin” (Moreno & Galeano, 2005. p. 350), aunque en apariencia sea diferente a la eutanasia; estas dos practicas lo que hacen es lograr el mismo fin terapéutico, acabar con el sufrimiento.

En el año 2000 se encontró que se producía una toma de decisiones sobre el final de la vida en entre un 23% y un 51% de los fallecimientos en Italia y Suiza respectivamente. Se practicó eutanasia en el 2,59% de las muertes en Holanda, además de suicidios asistidos por un médico en un 0,212%. (Moreno & Galeano, 2005, p. 350)

Holanda Bélgica y Australia y algunos de los estados norteamericano han decidido poner algunas leyes sobre la eutanasia. En 1995 en Holanda el 23% de las muertes de recién nacidos y

lactantes se usaron fármacos para aliviar el dolor u otros síntomas y un 9% se utilizaron en fármacos letales. Moreno y Galeano afirman que 15 neonatos reciben la eutanasia anualmente en Holanda, generalmente en casos con espina bífida grave o con hipoxia grave en el parto.

Se puede reconocer entonces, que, esta práctica se ven respaldas por una ley, conlleva a un número creciente de personas que realizan está práctica. Lo que se quiere lograr con esta ley de la eutanasia en menores de edad podría ser evitar por todos los medios posibles evitar el sufrimiento pues una existencia sin sentido como el dolor físico y psicológico de por vida genera no puede ser otra cosa que sufrir en vida, una persona puede determinar el momento de la vida de otra persona cuando se considera que ya no hay dignidad en ella.

Desde el inicio de vida, la base de los derechos humanos fundamentales requiere de igualdad para todos sin excepción, esto significa que toda persona debe tener una buena calidad de vida, por tanto, se puede entender que está ya no merece ser vivida pues se ha perdido la dignidad y no merece vivirla de tal manera

A la vista de la dificultad de inferir el sufrimiento psicológico en menores de edad cabe preguntarse, como lo hace el neonatólogo italiano C Bellieni (s.f.) “...la eutanasia neonatal no cura el sufrimiento de los menores de edad Sería más correcto decir que ayuda a los adultos (padres, cuidadores, etc.); pero ¿podemos aceptar la idea de que alguien pueda ser asesinado para satisfacer las necesidades de otro?”. (Como se cita en Moreno & Galeano, 2005, p. 353)

Su objetivo es el de servir para controlar jurídicamente una práctica que se lleva a cabo desde hace años de un modo silencioso y sin control en los hospitales holandeses. Para

ellos el protocolo no sería el punto final de una pendiente resbaladiza, sino “una consecuencia racional lógica, signo de evolución de la práctica médica en su lucha por defender el derecho del paciente a una calidad de vida mínima”. (Moreno & Galeano, 2005, p. 353)

Como conclusión, en esta primera parte se podría afirmar que la eutanasia puede generar un sufrimiento en cierto sentido, pues este sentimiento lleva a pensar en “sobrevivir” y en “ser eterno”. Sin embargo, al abrigar ese sentimiento de la muerte el hombre se acongoja y quiere ser inmortal, busca por todas las maneras abandonar el sufrimiento y seguir adelante, pues el anhelo de no morir es la esencia que hace que se sienta un tipo de sufrimiento al no poder ser infinito. Todo hombre busca hallarle sentido a la vida, las contradicciones de la vida hacen que cualquier sufrimiento se presente como una tragedia, la cual requiere de una perpetua lucha. Es por ello que cuando no se tiene esperanza de algo se quiere un sin sentido del sufrimiento (como en el caso de enfermedades incurables), pues ese sentir está una constate contradicción que lleva al hombre a tomar como un hecho trágico de su propia existencia. Esto se da en individuos con capacidad de razonar sobre sí mismo, pero ¿los menores de edad ?, como evidentemente se ha mostrado solo un país (Bélgica) ha aceptado que se acabe el sufrimiento de aquellos menores de edad que sufren por cualquier afección física, pues aunque llevo mucho tiempo a que la legislación de ese país llegara dicha conclusión todavía queda por determinar quien posee la última palabra cuando se quiere acabar con la vida de un menor de edad, no se tiene claro si prevalece la palabra del médico sobre la de los padres o si es al contrario.

Aunque hay varias investigaciones sobre la eutanasia, hay poca sobre menores de edad, queda entonces por seguir investigando en los siguientes capítulos el debate sobre la decisión de

la muerte de otra persona, pues es un tema que no solo le pertenece a la medicina, a la ética a la filosofía sino también al derecho pues se ha evidenciado que a lo largo de estos artículos el debate internacional sobre la decisión final fomentado por Bélgica podría dar lugar a que otros países como el nuestro (Colombia) implemente una legislación donde sea claro desde qué edad se puede practicar este método.

2. Alcances de la eutanasia

El presente capítulo está dividido en tres partes, la primera parte tiene como finalidad mostrar los diferentes tipos de eutanasia; en seguida, se evidenciará la eutanasia en Colombia según su estatuto; y en tercera instancia se mostrará el estatuto normativo en menores de edad normativa de la eutanasia en menores de edad en Colombia y finalmente se mostrarán los procedimientos para hacer efectivo la eutanasia en menores de edad.

2.1 Tipos de eutanasia.

En la actualidad se conocen dos tipos de eutanasia; la eutanasia pasiva y la eutanasia activa, métodos que se proponen para tener una muerte sin dolor para enfermos incurables. La primera es el resultado indirecto de omisión es decir que en este método no se dan los medios proporcionados para mantener la vida del paciente, la Corte Constitucional 2014, también afirma que la eutanasia “será activa o Positiva siempre y cuando se despliegue un médico para producir la muerte de una persona como suministrar directamente algún tipo de droga o realizando intervenciones en busca de causar la muerte.” (T-790/ 2014).

Según el estadounidense Atkinson (1983) ilustra algunos ejemplos con los que se puede dar el principio de doble efecto en la eutanasia activa:

1. El acto mismo debe ser bueno o moralmente neutro
2. Sólo deben ser intencionadas las consecuencias buenas de la acción;
3. El efecto bueno no debe producirse a través del efecto malo; y

4. Debe existir una razón proporcionalmente grave para permitir el efecto malo (Como se cita en Pérez, 2004, p. 133).

Mientras que la eutanasia pasiva o negativa es el resultado indirecto de omisión, según la Corte Constitucional 2014, aquí, 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.” (T-790/ 2014).

Por otra parte, también está la “eutanasia es directa cuando existe una provocación intencional del médico que busca la terminación de la vida del paciente.” (CC, T- 790, 2014), y la eutanasia indirecta, contrario a la directa, esta es una práctica, que, aunque para algunos autores no se trate de eutanasia es un método es la provocación intencional de la muerte.

Finalmente, y no menos importante esta la distanasia cuyo objetivo es prolongar la vida del paciente, sin importar las consecuencias que puedan causar los medicamentos a lo largo del tiempo, sin embargo, la Corte Constitucional que la ciencia ha optado por mejorar la calidad de vida de los pacientes sin sufrimiento y por ello se proponen los cuidados paliativos. Según Pérez (2004) afirma que James Rachel que no existe diferencia moral entre la eutanasia pasiva y la eutanasia activa, ya que las dos tienen la misma finalidad...la muerte.

Así mismo existen diferentes médicos ordinarios y extraordinarios para el mantenimiento de la vida como figura para la humanización de la muerte, lo que, según, Singer (1997), genera detrimento al vitalismo médico. Se considera un médico ordinario o proporcionado a aquel que ofrece un beneficio razonable para el paciente; y médico extraordinario o desproporcionado a aquel que va tomando decisiones a la ligera y amputa extremidades. Un ejemplo de estos casos es cuando un paciente se le otorga un pulmón artificial y esto puede generar un tratamiento penoso en tanto

que “se recurre a extrañas distinciones con el fin de conseguir resultados favorables en la intervención médica, supuestamente, sin quebrantar el principio de Santidad de la vida humana.” (Como se cita en Pérez, 2004, p. 132).

En ocasiones la no aplicación de medios extraordinarios busca ahorrar el sufrimiento a los pacientes y sus familias, a su vez economizar recursos sanitarios escasos y costosos, obteniéndose de utilizar medidas para el mantenimiento y prolongación de la vida, con el fin de evitar dolores innecesarios (Pérez, 2004, p. 479).

En la eutanasia activa se utilizan algunos analgésicos que tienen como fin aliviar el sufrimiento y al mismo tiempo anticipan la muerte del paciente, se tiene por objetivo un cuidado paliativo para la humanización de la muerte. Esta alternativa, funda su diferencia en el principio del doble efecto, el cual cuenta con 4 criterios:

De acuerdo con la Real Academia Española (2014) la función de la eutanasia es la acción u omisión, que para evitar el sufrimiento en los pacientes desahuciados, acelera la muerte con su consentimiento o sin él; o como muerte sin sufrimiento físico, es decir que se trata de una muerte cuyo objetivo es evitar que un paciente sufra cualquier dolencia, esto, se evitar por medio de fármacos o cuidados paliativos que son llevados a cabo por el médico responsable de aplicar la eutanasia, la función de este método es exclusivamente para evitar cualquier sufrimiento que es causado por dolencias congénitas o adquiridas.

Ahora bien, el manejo de este método (la eutanasia) requiere de una serie de estudios que se le hacen a cada paciente, por ejemplo, que el paciente requiera de modo voluntario, y que lo haya considerado responsablemente o en el caso de los menores de edad, que los padres junto al médico hayan visto todas las probabilidades para que se le pueda aplicar la eutanasia al

adolescente. Además, se requiere que las condiciones del paciente sean intolerables y sin esperanza, en tanto que, el método sea utilizado medicamente y técnicamente adecuados. Esto se debe dar siempre y cuando el paciente o su representante expresen la voluntad previa para que se le aplique este método.

2.2 La eutanasia en Colombia según su estatuto.

La Corte Constitucional a través de la sentencia C-239 de 1997 considera desde entonces, que, así como toda persona tiene derecho a vivir de forma digna también tiene el derecho fundamental a morir con dignidad, de este modo le pide al Congreso de la república expedir la regulación correspondiente, de acuerdo con lo anterior mediante la sentencia de la misma Corporación T-970 de 2014 se resuelve conceder la tutela impuesta. De este modo, ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social para disponer en todos los Hospitales, IPS y EPS conformar un comité para cumplir con las obligaciones emitidas en esta decisión.

Tomada la decisión la Corte Constitucional resolvió que de acuerdo

Con el artículo 2 e la ley 1733 de 2014 define como enfermo en fase terminal todo aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestre su carácter progresivo e irreversible (T-970/2014).

El paciente también tendrá cuidados paliativos en la medida de lo posible. Así mismo, La Resolución 1216 (2015), crea Comités científicos interdisciplinarios para que analice los casos en los que se solicite la eutanasia, por ejemplo, están la IPS obligadas tener habilitado el servicio de hospitalización de mediana o alta complejidad para hospitalización oncológica o pacientes

crónicos, dado que la IPS no tenga disponibilidad para estos casos se verá ineludible a informar a la entidad promotora de la EPS, esto con el fin de garantizar el derecho a morir dignamente.

Conforme a lo anterior se seguirán una serie de protocolos que requerían de un debido proceso por parte de los médicos. Para atender estos casos se tendrá en cuenta

1. Un médico con la especialidad de patología que padece la persona, diferente al médico tratante
2. Un abogado
3. Un psiquiatra o psicólogo clínico. (Res. 1216, 2015).

Si se llevan a cabo lo anterior, y en caso de que la petición del paciente sea reiterada en los días siguientes se debe verificar que le hayan dado los cuidados paliativos para tratar la enfermedad médica y revisar la posición del médico tratante

Solo serán posibles los casos de eutanasia si se tiene en cuenta la determinación del médico tratante y si se establecen cuidados paliativos, además se deberá establecer en un plazo no superior a diez días para la aplicación de la eutanasia, se debe vigilar el procedimiento siempre y cuando el paciente lo indique, en caso que se evidencie que en el procedimiento se hay alguna irregularidad se debe suspender el procedimiento. Finalmente se hará un documento dirigido al Ministerio de salud para reportar los hechos y las condiciones del por qué se solicitó la eutanasia y se tendrá en cuenta los dispuesto en la sentencia T-970 de 2014, hecho lo anterior se procederá a aplicar la eutanasia en un tiempo no mayor a 15 días, tras la reiteración de la solicitud.

También es importante mencionar, que, en ningún caso los coites interdisciplinarios podrán negar la solicitud bajo ningún argumento e igualmente ninguna IPS podrá negarse a realizar el procedimiento ya que bajo la jurisprudencia está amparado esta manera de proceder, así lo afirma la resolución 1216 del 2015.

En los casos en donde el paciente no está en la facultad de manifestar la solicitud de la eutanasia se podrá manifestar por medio de quienes, legitimados para ello, es decir familiares allegados más cercanos, esto, siempre y cuando existan documentos donde se haya manifestado la voluntad anticipada o testamento vital del paciente. Cabe mencionar que el procedimiento de la eutanasia es gratuito pues el artículo 16 de la resolución 1216 (2015), se afirma que este debe ser de carácter gratuito y por ningún motivo se le cobrará al paciente o a sus familiares costo alguno.

En caso que el paciente haya desestimado la eutanasia podrá optar por otras alternativas, igualmente el médico encargado de aplicar la eutanasia podrá dentro de las 24 horas siguientes deberá presentar un documento en el que se dé cuenta del porqué no se hará cargo de dicho procedimiento, claro está, esto debe ser debidamente sustentado por los motivos que lo llevaron a tomar la decisión de su objeción.

2.3 Estatuto normativo en menores de edad en Colombia

El debate de la eutanasia en menores de edad ha sido discutido en diversos países, sin embargo, cuando se habla de este procedimiento en adolescentes en Colombia no se tiene muy claro si este es admitido o no, pues según lo indica la sentencia C-239 de 1997 emitida por la Corte Constitucional, las libertades individuales pueden soslayar el derecho a la vida cuando la dignidad humana está siendo menoscabada por el dolor, pero no se refiere quienes pueden tomar este procedimiento. A partir de la sentencia T-544 de 2017 se le impuso al Ministerio de Salud

establecer un protocolo para la eutanasia en menores de edad, es entonces que desde el año 2018, el Ministerio de Salud, mediante Acto Administrativo predica lo siguiente:

De conformidad con lo previsto en la ley 1098 de 2006 por lo cual se expide el Código de Infancia y Adolescencia se entiende por adolescente las personas entre 12 y 18 de edad y niño o niña las personas entre los 0 y los 12 años, estableciendo la primera infancia como la franja poblacional que va de los 0 a los 6 años de edad (Res, 825, 2018, p. 2).

Entendido lo anterior, la eutanasia en menores de edad requiere de un contexto diferente el cual requiere de verosimilitud de una expresión voluntaria y libre de forma inequívoca, esto a su vez requiere de características específicas para cada grupo en el que se encuentre el menor de edad según la cita anterior.

Para hacer efectivo el procedimiento de la eutanasia en menores de edad, se tendrá en cuenta lo siguiente:

1. Cuidados paliativos y/o cuidados pediátricos: todos los adolescentes que tengan una enfermedad que limite o condicione su vida o que acorten el curso de la misma o que no sean curativas podrán morir dignamente y tendrán derecho su debido cuidado paliativo pediátrico.
2. Tomas de decisiones de los menores de edad: podrán tomar decisiones quienes tienen capacidad para comunicar la decisión, si son capaces de comunicar la decisión, si tienen la capacidad de entendimiento, razonamiento y juicio.

En caso que algún menor de edad por causa de discapacidad o por evolución de su enfermedad se buscará por todos los medios que su decisión sea voluntaria, libre e inequívoca. No se podrá sugerir ni insinuar el procedimiento por terceros.

3. Concepto de la muerte según su edad:

0 a 3 años: la muerte no es un concepto real ni formal. No está implícita la idea de muerte propia

3 a 6: desarrollo del pensamiento prelógico, es decir que la idea de muerte aparece como fenómeno temporal. No se consolida la muerte propia

6 a 12 años: desarrollo del pensamiento lógico operacional, es decir que se pueden adquirir elementos que hacen parte del concepto de la muerte como la inmovilidad, universalidad e irrevocabilidad. Se puede establecer la relación entre causa-efecto. Sin embargo en esta edad no se puede adquirir un concepto abstracto de lo que se puede comprender algo como permanente o absoluto de la muerte; aún no se ha comprendido lo que es la muerte propia o de un ser querido.

A partir de los 12 años: contrario a los anteriores, acá se presenta la muerte como un concepto de abstracción en el que se logra el entendimiento que toda persona es mortal en tanto que dejamos de existir físicamente. A pesar de esto la muerte se percibe como algo lejano. El concepto de muerte se consolida como irreversible, universal e inexorable.

4. Menores de edad en condición en fase terminal: La fase terminal es aquella en la que un pronóstico de vida inferior a 6 meses que debido a una enfermedad o condición

limitante acaba con la vida, sin tener avance alguno con tratamientos curativos o tratamientos específicos.

5. Menores de edad con necesidades especiales: son aquellos menores de edad, que, con una condición crónica, física, emocional, del desarrollo del comportamiento requiere de servicios de salud en cantidad y calidad, mayor a los que otros requieren en general.

6. Menores de edad dependientes de tecnología: Son aquellos que requieren de equipamiento médico para mantener su vida de forma prolongada para compensar la pérdida de una función vital del cuerpo, es decir que este paciente requerirá de cuidados que podrán ser suministrados por la familia, el personal de salud y /o personas a cargo

7. Patria potestad: De acuerdo con el Código Civil (1873) en el artículo 288 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”. Esto le corresponde a los dos padres, pero a falta de uno, la ejercerá el otro. (Res. 825, 2018, p.p 3-4)

Si el menor de edad no cuenta con la capacidad cognitiva o psicológica para tomar la decisión, quién ejerza la patria potestad o esté a cargo del niño y/o niña podrá desistir de los tratamientos y solicitar los principios de proporcionalidad terapéutica y racionalidad e igualmente se podrá desistir de los cuidados paliativos. De lo contrario y en caso de proceder con la eutanasia se deberán tener unas garantías para morir dignamente: prevalencia del cuidado paliativo, prevalencia de la autonomía del paciente, celeridad (de las personas que participen en el procedimiento), oportunidad, y no menos importante la imparcialidad,

comprendido lo anterior, el médico y el equipo interdisciplinario tendrá quince días calendario para cumplir el procedimiento.

Habiendo manifestado o su voluntad, de acuerdo con los presupuestos establecidos por el artículo 8 (para mayores de 12 años) y artículos 8 y 9 de la presente resolución (para los casos excepcionales del rango de edad de los 6 a los 12 años) (Res. 825, 2018, p. 6)

Se procederá a estudiar el caso, teniendo en cuenta el consentimiento de quien ejerce la patria potestad del menor de edad. No podrán sustituir el consentimiento de los menores de edad quienes tengan representaciones legales diferentes a la patria potestad, una vez establecido los requisitos el médico tratante pasará el caso ante el comité y adjuntará copia a la historia clínica y todos aquellos documentos que se consideren pertinentes, luego, dentro de los diez días siguientes se analizará el caso e informará al médico tratante sobre el concepto emitido. Después, se le informará al paciente y a quien ejerce la patria potestad, una vez se notifique un conector favorable se programará una fecha acordada con el menor de edad para proceder con la eutanasia. En caso que el menor de edad desista de continuar con el procedimiento y opte por otras alternativas se garantizará una adecuada atención para sus cuidados paliativos.

No habrá cobro alguno por el procedimiento, será de carácter gratuito, no será objeto de cobros copago o cuotas moderadas.

Expuesto lo anterior, es viable decir que Colombia es el tercer país en regular la práctica de la eutanasia en menores de edad, después de Bélgica y Holanda, este país latinoamericano a través de su sentencia T-544 emitida por la Corte Constitucional (2017) hace “efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, las niñas y los adolescentes” y el Ministerio de

Salud se pronuncia con la Resolución 825 (2018), para dar claridad a cómo debe ser tratado el método en los menores de edad.

3. La eutanasia y su régimen jurídico

En este capítulo se mostrará la eutanasia como concepto legislativo en Colombia, y después se tratará la eutanasia en el derecho comparado.

3.1 La eutanasia en la legislación colombiana

Según Cepeda (2004) la constitución política de Colombia (1991) incluyó tres novedades en el escenario político que son necesarias para entender el debate

sobre la eutanasia en Colombia. “primero, siguiendo la declaración Universal de los Derechos Humanos, se incluye una carta, de derechos, artículos (11 al 41 título II cap. I), que debía ser garantizados y protegidos de manera especial por el Estado en tanto derechos fundamentales, segundo, se creó la acción de tutela, una herramienta jurídica que le permitiría a cualquier ciudadano, de manera expedita y directa, exigir del Estado la protección de sus derechos fundamentales. Y, finalmente, la Corte Constitucional a la que se le adjudicó la misión de salvaguardar la constitución” (Como se cita en Díaz, 2017, p. 128).

El papel fundamental de esta última en la transformación jurídica, cultural, social y hasta política del país ha garantizado durante años los derechos fundamentales en relación con diferentes situaciones.

Una de las tantas situaciones en las que la Corte Constitucional se ve inmersa, es la Eutanasia, pues en 1996 un ciudadano colombiano demandó la inconstitucionalidad del artículo 326 del Código Penal (2000) vigente en ese momento, que mencionaba lo siguiente:

Homicidio por piedad: “El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave o incurable, incurrirá en prisión de seis meses a tres años.” (Cód. P., art. 326, 2000).

En Colombia, existen ordenamientos jurídicos de orden jurisprudencial que ayudaron a legalizar la eutanasia, cumpliendo con una serie de condiciones o requisitos. El primer caso practicado en Colombia fue en el año de 1997 con el caso del señor OVIDIO GONZALEZ CORREA con una edad promedio de 79 años, que padecía un fuerte cáncer de boca que le desfiguró por completo su rostro, causándole un sufrimiento en vida inimaginable para aquellos que no padecen de una patología de esa magnitud. Gracias a dicho caso médico, la Legislación colombiana reglamentó la Eutanasia en el año 2015 gracias a una orden dada directamente por la honorable Corte Constitucional.

Posteriormente, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSP, 2019) por medio de un pronunciamiento destacó: “*la aplicación de un proceso detallado que debe cumplirse para quienes tienen la obligación de participar en el mismo*”. Esto, referente a las diferentes discrepancias dadas por algunos médicos de la Clínica de Oncólogos de Occidente de la ciudad de Pereira, donde se llevaba la patología del señor GONZALEZ CORREA, y por lo tanto el Ministerio de salud emitió dicha recomendación.

Luego de varias divergencias y oposiciones entre los médicos del hospital, en compañía del Ministerio de Salud y Protección Social, la lucha jurídica del señor OVIDIO GONZALEZ CORREA al fin tuvo una salida, siendo el primer caso de muerte digna en América Latina. (Beltran & Montoya, 2016, p. 28).

Cabe destacar que, la Corte Constitucional mediante la sentencia C-239 (1997) argumentos de la Corte, mencionó que en Colombia “no podrá derivarse responsabilidad penal para el médico que ayude a un enfermo terminal a morir dignamente” Pero, es claro que, aunque existe este precedente de hace 22 años, aun así, se encuentra un vacío en la materialización de la garantía generada por medio de esa sentencia que consiguió la legalidad de un acto que puede ayudar a preservar la dignidad de aquella persona que padece de una enfermedad que limita por completo su derecho a poseer una vida digna.

Al resolver la demanda mediante la sentencia de la Honorable Corte Constitucional C-239 del 20 de mayo de 1997 declarando exequible el artículo 106 demandado del Código Penal (2000), el cual tipifica como delito el homicidio por piedad

Así mismo eximió a los médicos de cualquier pena en caso de realizar un homicidio por piedad, claro está, con algunos requisitos impuestos a estos. Primero, que el procedimiento de la eutanasia se realizará a un paciente con enfermedad terminal; segundo, el paciente debe estar con un intenso sufrimiento o dolor; que el sujeto hubiese solicitado, de manera libre el uso de sus facultades mentales, y finalmente, la persona que realice el procedimiento debe estar calificado... es decir un médico. (C-239/97).

La sentencia emitida por la Honorable Corte Constitucional C-239/97 promueve la muerte digna para quienes consideran que su vida ha sido un proceso indigno en el que el sufrimiento y el dolor se apoderan de su cuerpo y de su mente, dicha sentencia no pretende otra cosa que velar por aquellas personas que necesitan de un sistema de salud profesional, pues no se puede llevar una vida sin sentido e indigna si así lo concibe quien desee aplicarse la eutanasia, por encima de cualquier cosa esta el sentido de la vida y el no sufrimiento de esta. Por ello se afirma como

principio bioético con respecto a la autonomía, lo concernido en la Constitución Política (1991) en su artículo 16 que menciona “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.”

De acuerdo con el artículo 11 del Código Penal (2000) y según lo manifiesta la sentencia C-239/97 emitida por la Corte Constitucional (1997) cabe preguntar ¿si es contradictorio que se penalice el homicidio por piedad y que al mismo tiempo se le dé vía a este procedimiento mediante una sentencia? Como el deber del Estado es proteger la vida del cualquier ciudadano, se debe tener en cuenta que se debe llevar una vida digna y autónoma dentro de los límites que se establece en la ley, es decir que este procedimiento de la eutanasia no se debe tomar como algo negativo, sino que más bien se trata de un medio por el que cualquier persona con sufrimiento sin alivio puede proceder a concebir este procedimiento como un alivio.

Según lo planteado en la sentencia de la Corte constitucional C239/97 “exhortaba al congreso para que en el tiempo más breve posible y conforme a los principios constitucionales y elementales regule el tema de la muerte digna” (Díaz, 2017, p.137), sin embargo, tuvo que pasar mucho tiempo para que las entidades de salud supieran cómo actuar ante este procedimiento de la eutanasia. Un paciente con cáncer terminal interpuso una tutela para exigir a su empresa de salud la eutanasia que le había sido negada y aunque el paciente murió esperando recibir la atención solicitada la Corte Constitucional empezó a estudiar el caso y resolvió el tema mediante la sentencia T-970/14 “reafirmando el derecho a morir dignamente donde se le solicita al Ministerio de Salud y a la Protección Social en un plazo menor a 10 días para que los proveedores de servicio superan como proceder con la eutanasia.”

Conforme con las anteriores sentencias se delegaron comités científicos interdisciplinarios para el derecho a morir con dignidad al paciente terminal, solo se podrá aplicar en los casos como

Aquel paciente con una enfermedad medicamente comprobada avanzada, progresiva, incontrolable que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico-psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a 6 meses (Ministerio de Salud y Protección Social [MSP], 2015, p.13).

Es por eso que, durante el año 2014, la Corte Constitucional ordena al Ministerio de Salud y Protección Social a través de la sentencia T-970 (2014), elaborar un protocolo para aplicar procedimientos de eutanasia en Colombia, con el fin de que cada Entidad Prestadora de Salud (EPS) cuenten con un “grupo interdisciplinario de expertos preparados para atender la solicitud de un paciente que requiere de dicha garantía”. Cabe resaltar, que el Alto Tribunal en varias ocasiones ha realizado llamados al Congreso de la República para que pueda regular el derecho a morir dignamente como un Derecho Constitucional.

Ahora bien, en el año 2017, la Corte ordena al Gobierno Nacional a *hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, las niñas y los adolescentes* a lo que el Ministerio de Salud y Protección Social, respondió mediante la Resolución 825 de 2018, atribuyendo las situaciones particulares dependiendo los distintos rangos de edad, teniendo en cuenta que la única condición sea, que la enfermedad que esté padeciendo el menor sea de carácter terminal y de sufrimiento constante, insoportable y que no se pueda aliviar; por lo que es deber de los hospitales conformar un Comité Interdisciplinario que garanticen y cumplan todas estas condiciones.

Dicha Resolución, también menciona que es necesario:

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. (Res. 825, 2018, pp. 3-4)

Aunque existen varias posiciones a favor y en contra argumentadas por varios congresistas y funcionarios públicos de nuestro país, lo cierto es que lo más importante es la calidad de vida que se le pueda garantizar al menor que se encuentra en un estado crítico de salud, y que sean sus propios padres quienes elijan ante una decisión sensata, lo más favorable para el menor que no le añada más sufrimiento a su vida, sino que por el contrario, se tome una decisión que no vulnere su mínimo vital, ni su derecho a poseer una vida digna y feliz. (El País, 2018).

Sin embargo, se constata que esta normatividad, configura la aplicación de la eutanasia, por rangos de edad, argumentando que solamente los menores a partir de los 12 años, pueden tomar la decisión de implementar el derecho a morir dignamente, excluyendo a los neonatos o recién nacidos, decisión que queda totalmente a los padres, ya que, por obviedad, esta decisión no puede ser tomada deliberadamente por el ser humano que padece de la enfermedad.

Al resolver la demanda mediante la sentencia de la Corte Constitucional C-239 del 20 de mayo de 1997 declarando exequible el artículo demandado del Código Penal (2000), 97, el cual tipifica como delito el homicidio por piedad.

3.1.1 Sentencia 721 del 2017

De acuerdo con la sentencia expedida por la Corte Constitucional 721/17 la madre S.F.R en representación de su hija, interpuso una acción de tutela contra una EPS, pues su hija menor de edad había sido diagnosticada con epilepsia a los dos años y adicional a esto tenía una discapacidad múltiple, por lo que su madre decidió solicitar la eutanasia activa, sin embargo ni la IPS ni la EPS respondieron ante este llamando y un juez de garantías decidió amparar los derechos delegados y ordenó que se le aplicará la eutanasia a la menor de edad, sin embargo las dos entidades de salud decidieron alegar esta solicitud, argumentando que “ya se había convocado al comité científico interdisciplinario del que se habla en la resolución 1216 del 2015 y se había determinado que este procedimiento no estaba justificado” se revocó en segunda instancia este accionar.

En el artículo 11 de la Resolución 1216 (2015) se establece que el

consentimiento sustituto es la manifestación de voluntad de quien ejerce la patria potestad del paciente sobre el menor de edad dirigida a reiterar su voluntad por la imposibilidad de hacerlo, es decir que solo puede darse cuando el menor de edad haya solicitado previamente en un documento la aplicación del procedimiento.

Esto implicaría que la Resolución antes nombrada, violaría en los artículos 3 y 11 el derecho a morir dignamente, ya que no permite el consentimiento sustituto; sin embargo, no se puede desconocer el derecho a morir dignamente del paciente, en este caso, el menor

de edad que debido a su enfermedad no puede manifestar su voluntad, por tal razón se le debe permitir a quien ejerce la patria potestad dar el consentimiento sustituto. (CC, T-970/14, 2014).

De lo anterior, queda mucho por aclarar y estudiar respecto a las sentencias y a las resoluciones que se han realizado en relación con la eutanasia. Quien exprese la eutanasia para un familiar, o en este caso un hijo se debe abrir la posibilidad para que las personas tengan una muerte digna sin la necesidad de haber hecho documentos de voluntad anticipada con lo que se les evitará la prolongación del sufrimiento innecesario. De hecho, este aspecto del derecho cobra tanta importancia que la Corte Constitucional ordena al Ministerio de Salud y Protección Social modificar la Resolución 1216 de 2015 para que haya total claridad sobre esta posibilidad de acceder a una muerte digna.

3.2 Eutanasia en el derecho comparado

La eutanasia en el derecho comparado es un método que ayuda en cierto sentido a solucionar y a mejorar aquellos conflictos que se presentan en los diversos sistemas jurídicos “igualmente resalta las cualidades y deficiencias que pueden existir en los distintos ordenamientos legislativos” (Rojas, 2009, p. 2).

Como se mostró en el estado del arte, Holanda fue el primer país en aprobar la eutanasia en el año 2001, y entró en vigencia en el 2002, desde entonces se llevaron a cabo una serie de requisitos con los que debía contar este procedimiento de la muerte digna, por ejemplo:

La persona debe ser de Holanda, los dolores deben ser intensos, se debe ser mayor de edad, se debe estar completamente seguro de la decisión en “caso de no cumplir con los requisitos

que se expresan textualmente dentro de la ley, se tienen penalizados como crímenes la eutanasia y la ayuda al suicidio” (Sánchez & López, 2006, pp.211-212).

En Bélgica la eutanasia fue aprobada tras varios estudios de este método, a diferencia de Holanda en este país europeo no determina la edad para aplicar este método, es decir que no se determina la edad y tampoco si necesariamente el ciudadano tiene que ser belga.

Por otra parte, en Estados Unidos la eutanasia no se ha legalizado, pero si el suicidio asistido en algunos estados como Oregon, Washington, y Montana, las exigencias que se deben cumplir en algunos de estos estados son: se debe ser mayor de edad (de acuerdo a la ley de cada estado), el pronóstico no debe ser mayor a seis meses, se deben

presentar dos peticiones para la asistencia del suicidio y dos médicos presentarán por escrito un informe en el cual determinen el estado del paciente y que sus peticiones no se hayan hecho bajo efectos de depresión, igualmente deberán recetar la dosis que el enfermo deberá aplicarse o tomar por sí mismo, sin necesidad de estar presentes (Sánchez & López, 2006, p.214).

En Colombia se formalizó la eutanasia con la resolución 1216 del 2015, ya en el 2003 el Tribunal constitucional en aceptar y acatar la voluntad de la paciente en estado terminal, sin embargo, serán los tribunales tutelares quienes de vía a este procedimiento.

Se concluye que el procedimiento de la eutanasia es aceptado en pacientes en estado terminal, pues la muerte en estos países se determina como derecho fundamental. Así mismo se determina que la eutanasia desata un debate intelectual y filosófico. Hay quienes afirman que la capacidad de autodeterminación en una persona es absoluta razón por la cual está facultado o

legitimado en decidir si ponerle fin o no a su propia vida, si llega a considerar que su vida no es digna (Moreno, 2005).

4. Consentimiento de los padres vs consentimiento médico

En el presente capítulo se tiene como objetivo comprender el método de ponderación que propone Rober Alexy en su libro *Teoría de los derechos fundamentales*, específicamente en su capítulo tres “la estructura de las normas del derecho fundamental” para ver qué criterio prevalece sobre la decisión de la eutanasia en menores de edad; si la del padre o la del médico.

4.1 Qué es la ponderación

Robert Alexy afirma que en el concepto de ponderación prevalecen los valores y los principios que no se regulan por sí mismo su aplicación, es decir que la ponderación quedaría sujeta al árbitro de quien la realiza. Así mismo, afirma que no se puede hablar de ponderaciones correctas o falsas. (Alexy, 1993).

Según el modelo,

la ponderación es todo menos un procedimiento abstracto o general. Su resultado es un enunciado de preferencia condicionado que, de acuerdo con la ley de colisión, surge de una regla diferenciada de decisión. Ya del concepto de principio resulta que en la ponderación no se trata de una cuestión de todo o nada, sino de una tarea de optimización (Alexy, 1993, p. 167).

Este método, es útil en tanto que, tiene concordancia práctica con el método de la eutanasia en menores de edad, es decir que sirve como elemento de la argumentación jurídica dándole solución a casos particulares, en este caso se den tomar en cuenta la situación real que vendría a ser la prevalencia de la decisión de los padres para aplicación de la eutanasia al menor de edad, pues a través de las normas se puede evidenciar que los padres Y/o familiares son quienes tienen la decisión sobre el paciente que requiere el procedimiento, “esto es un contexto específicamente

de la interpretación y aplicación de las leyes o reglas en una contenida entre partes” (Clérico, 2012), esto solo es posible si se dan argumentos moralmente aceptables. Por ello es importante resaltar, como primera medida, la colisión de derechos de un mismo nivel que aquí se da; como ya se ha resaltado la eutanasia es el derecho a morir dignamente, sin embargo, en este caso en particular es complejo porque se trata de adolescentes quienes aún no tienen la capacidad jurídica para decidir por sí mismos.

El modelo de ponderación presentado, puede, por una parte, satisfacer las exigencias justificadas en el sentido de que se tomen en cuenta las situaciones reales, al igual que las legalidades empíricas y, se crea una dogmática detallada de los distintos derechos fundamentales; por otra, permite evitar las dificultades del concepto de análisis del ámbito normativo. (Alexy, 1993, p. 168).

Teniendo en cuenta los principios constitucionales y el marco jurídico en este Estado Social de Derecho, se debe buscar la protección de los mismos para que ´prevalezcan las garantías de las personas que habitan en el territorio nacional, lo que quiere decir que la ponderación sirve para encontrar dichas soluciones basándose en los argumentos jurídicos para la sociedad.

4.2 La ponderación en el marco jurídico colombiano a través de la sentencia T-425/95

Como se mostró unas líneas arriba, en el método de ponderación de Robert Alexy se puede valorar e interpretar un tema en específico, en tanto que el juez constitucional ofrezca ciertas garantías que pueden llegar a vulnerar o no los derechos. A continuación, la sentencia “colisión entre normas constitucionales” muestra el principio de la unidad constitucional en relación con la ponderación.

La colisión entre los derechos constitucionales, le corresponde al juez llevar a cabo la respectiva ponderación. Mediante esta, se busca un equilibrio práctico entre las necesidades de los titulares de los derechos enfrentados. La consagración positiva del deber de respetar los derechos ajenos y no abusar de los propios, elevó a rango constitucional la autocontestación de la persona en el ejercicio de sus derechos. La eficacia constitucional de este deber, en consecuencia, exige de los sujetos jurídicos un ejercicio responsable, razonable y reflexivo de sus derechos, atendiendo a los derechos y necesidades de las demás y de la colectividad (CC, T-425/95, 1995).

Con esta sentencia se quiere hacer notar que se debe respetar la autonomía y discrecionalidad del Juez Constitucional al optar por ciertas decisiones y garantizar los derechos de la ciudadanía, por sobre todas las cosas debe primar las voluntades de los accionantes al buscar protección de la vida como representación de la dignidad humana, siendo esta la obligación del estado. Es decir que en la ponderación se debe establecer cuál de los principios contrapuestos tiene mayor peso; del caso que se quiere ponderar, pues a optar por uno y no por el otro se debe observar la importancia que posee cada uno de estos criterios, en este caso de la eutanasia en menores de edad se debe identificar si prevalece el criterio del médico o del padre y/o familiar.

La colisión de derechos no debe, por lo tanto, resolverse mediante una ponderación superficial o una prelación abstracta de uno de los bienes jurídicos en conflicto. Esta ponderación exige tener en cuenta los diversos bienes e intereses en juego y propender su armonización en la situación concreta, como momento previo y necesario a cualquier jerarquización o prevalencia de una norma constitucional sobre otra (CC, T-425/ 95, 1995).

Precisamente no se debe dar un choque entre los derechos del menor de edad, aunque la disposición venga de las dos partes, los padres y el médico, es necesaria la armonización de las dos partes evitando impedir la efectividad de un derecho mediante el sacrificio o restricción del otro,

La manera de resolver la efectividad es por medio de una “ponderación” que exija “tener en cuenta los diversos bienes e intereses en juego y propender su armonización en la situación concreta, como momento previo y necesario a cualquier jerarquización o prevalencia de una norma constitucional sobre otra” (CC, T-425/95, 1995).

Para Robert Alexy (1993), los principios son: “normas que ordenan que algo sea realizado en la mayor medida posible, dentro de las posibilidades jurídicas y reales existentes” (p. 67). En Colombia, el criterio médico frente a la eutanasia en menores de edad es un tema de gran importancia, ya que por medio de este especialista se puede evidenciar qué calidad de vida está llevando el paciente y cómo debe ser tratada, pues de él depende las decisiones futuras que se lleguen a toma, sin embargo, los padres o familiares que tengan la patria potestad también tienen la posibilidad de decidir sobre esta persona en condición de sufrimiento pues son quienes pueden asegurar la vida digna del menor como representantes legales.

Como un menor de edad no puede decidir legalmente sobre su vida, entran los padres a jugar un rol importante al igual que el médico tratante, pues al no poseer un grado de desarrollo físico, psicológico y social, la Corte Constitucional concibe que

En este punto es indispensable la experticia de los profesionales que pueden evaluar el nivel de desarrollo cognitivo de los NNA, que pueden determinar la mejor manera de dales

información y que deben manejar la concurrencia con el consentimiento de ambos padres, que siempre será obligatorio.

En los casos en los que

La representación legal sea ejercida por otros individuos o que los NNA se encuentren bajo la protección del Estado, la valoración del consentimiento sustituto deberá ser estricta. Asimismo, y de forma subsidiaria deberá analizarse el consentimiento sustituto por imposibilidad fáctica para manifestar la voluntad derivada de una condición de salud o del desarrollo cognitivo del NNA. En estos eventos, los padres, personas o entidades que se encuentren legalmente a cargo pueden sustituir el consentimiento y se llevará a cabo el mismo procedimiento, pero el comité interdisciplinario deberá ser más riguroso en el cumplimiento de los requisitos y en el análisis de la situación.(T-544/17).

Como lo menciona la Corte Constitucional en la sentencia citada con anterioridad, el consentimiento expreso de los padres para la toma de decisiones es irremplazable, son ellos quienes deben decidir, no solo por la consanguinidad sino también por la afección a su hijo o hija, ya que si el menor padece una enfermedad degenerativa o se encuentra en fase terminal, se debe garantizar que en los últimos momentos de vida se le debe garantizar en sus últimos momentos una vida digna en la medida de lo posible.

Así mismo el Ministerio de Salud y Protección Social evocó la resolución 1216 (2015) en la que define, quién se puede catalogar como un enfermo en fase terminal:

Enfermo terminal es aquel paciente con una enfermedad medicamente comprobada avanzada, progresiva, incontrolable que se caracteriza por la ausencia de posibilidades

razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico-psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a 6 meses (p. 36).

Según el abogado Robert Alexy, la ponderación es una variable a dos posibles consideraciones, por un lado se puede considerar como un derecho a la defensa y un derecho a la protección; por el otro, siendo el consentimiento de los padres la decisión primordial para acceder al acceder al procedimiento de homicidio por piedad de un menor de edad que se encuentra en su etapa final, tal y como lo manifiesta el Ministerio de Salud y Protección lo que se busca es la protección para un actuar positivo, es decir que los padres son quienes deben tomar en primera instancia la decisión de aplicar o no la eutanasia a sus hijos.

4.2.1 Criterio médico según la sentencia T-345 de 2013

En la sentencia T-345/13 se afirma que el criterio médico es el principal concepto mediante el cual se puede llegar a establecer el tratamiento adecuado para cada tipo de paciente, dejando así en las manos del galeno tratante dicha facultad pues es el único idóneo para valorar y determinar las actividades a seguir, como se afirma en la sentencia

La Corte ha resaltado que, en el Sistema de Salud, quien tiene la competencia para determinar cuándo una persona requiere un procedimiento, tratamiento, o medicamento para promover, proteger o recuperar su salud es, prima facie, el médico tratante, por estar capacitado para decidir con base en criterios científicos y por ser quien conoce de primera mano y de manera detallada la condición de salud del paciente. La importancia que le ha otorgado la jurisprudencia al concepto del médico tratante se debe a que éste (I) es un

profesional científicamente calificado; (II) es quien conoce de manera íntegra el caso de su paciente y las particularidades que pueden existir respecto de su condición de salud y (III) es quién actúa en nombre de la entidad que presta el servicio (T-345/13).

Según lo expuesto en la sentencia, el concepto del médico es ante todo la facultad para tratar prescribir y diagnosticar la enfermedad de los pacientes que necesitan el procedimiento de la eutanasia. Estos especialistas deben conocer de manera íntegra al paciente y sus particularidades; de lo contrario se podrá desestimar la opinión del médico en los siguientes casos:

(I) se fundamente en la mejor información técnica o científica (II) en la historia clínica del paciente, y las particularidades relevantes del caso concreto, estipulando claramente las razones por las cuales ese determinado servicio de salud ordenado no es científicamente pertinente o adecuado y (III) especialmente cuando está en riesgo la vida y la integridad personal del paciente. (T-345/13).

Según la Corte Constitucional, los médicos son los encargados de velar por la integridad y la dignidad de la vida del menor de edad hasta los últimos días, la responsabilidad de realizar un pronóstico satisfactorio responderá a las necesidades básicas del paciente para que se lleven a cabo los adecuados cuidados paliativos. Es decir que más que tomar la decisión sobre acabar con la vida de un paciente, estos están en la obligación de satisfacer las necesidades de aquellos sujetos que necesiten de la eutanasia. Es por ello que esta sentencia se propone para evidenciar los argumentos jurídicos constitucionales de cómo debe actuar el médico tratante en los diferentes casos que el paciente lo requiere, es debido reconocer la importancia del criterio médico.

4.3 Definición de consentimiento informado.

Por primera vez se utiliza el concepto de

Informed Consent en 1957 en California, EE.UU. en el caso Salgo vs. Stratford; de la cual en 1960 es publicada la sentencia Nathanson vs. Kline que norma a los médicos, quienes deben informar de las consecuencias de sus operaciones a los pacientes y que la cantidad de esta información debe ser razonable. A su paso en 1961 otra sentencia: Berley vs. Anderson, la cual define la doctrina de información para realizar un juicio y tomar una actitud convirtiéndose el Consentimiento Informado (C.I.) en derecho del paciente y deber de los médicos, dando lugar a los códigos de derechos de los pacientes. (Rogés et al, 2000, p. 39)

En el manual de ética la Asociación Médica Americana (1984), expone que el consentimiento Informado:

Consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su consentimiento para ser sometido a esos procedimientos. (Anaya, 2008, p.38).

Asi mismo este autor también plantea unos requisitos fundamentales para aplicar el procedimiento medico explicado de la siguiente manera:

El consentimiento informado es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente, el cual debe reunir como mínimo tres requisitos:

1. Voluntariedad: Se refiere a que el paciente decidirá libre y voluntariamente si desea someterse a un procedimiento o tratamiento médico, estudios auxiliares de diagnóstico sin que haya persuasión, manipulación ni coacción.
2. Información Completa: Que debe incluir las razones u objetivo del tratamiento, estudios o procedimientos, sus beneficios, riesgos, la posibilidad de rechazar el tratamiento o estudio una vez iniciado y en cualquier momento, sin que ello le perjudique en otros tratamientos.
3. Comprensión: Es muy importante que el paciente comprenda la información que se le brinda, con terminología clara, acorde con su nivel cultural y mejor en su idioma nativo.
(...)

El consentimiento del paciente, padre o tutor debe realizarse antes de llevar a cabo el acto médico, y debe subsistir a lo largo de todo el tratamiento, de tal forma que el consentimiento sea modulado en todo el proceso terapéutico, por consiguiente, se trata de una información de ejecución continúa y no única, que se irá dando entre el médico y paciente, la cual deberá plasmarse en la Historia Clínica, en la que se escribirá la constancia de haberse informado al enfermo, buscando garantizar y respetar la dignidad personal, la información veraz y claramente, sin datos sesgados ni terminología técnica, los posibles pasos a seguir, consecuencias positivas y negativas de los procedimientos, y todo lo necesario, en cuanto a la patología del paciente, sin magnificar ni minimizar la situación. (p. 38).

El consentimiento informado es

El derecho que tiene el paciente de informarse adecuadamente sobre su problema de salud, su principal objeto es garantizar la autonomía del paciente, por medio del cual se le

proporciona al paciente información comprensible tanto en calidad como en cantidad, con una terminología adecuada a su entendimiento y nivel de cultura, para que finalmente lo capacite y así pueda participar en la toma de decisiones, respecto al diagnóstico y tratamiento a seguir, la existencia de una buena información es fundamental en la relación médico-paciente, lo que contribuye en un mejor seguimiento de la terapia y refuerza la colaboración del paciente mejorando la calidad de atención. (Anaya, 2008, p. 39).

Al otorgarle la información correspondiente al paciente sobre su problema clínico, este debe aceptar de forma autónoma y libre los planteamientos, el diagnóstico, las terapias, etc., que le sean sugeridos por el médico. Así mismo se deben aceptar algunos elementos básicos para que se lleve a cabo el procedimiento:

- A) Que tenga competencia, siendo el paciente o los padres y familiares.
- B) Elementos informativos, explicación claramente los riesgos, beneficios, y alternativas
- C) Que sea comprendida la información.
- D) Que sea de forma autónoma, voluntaria y sin coacción. (Ortiz & Burdiles, 2010, p. 648).

El consentimiento informado se hace valido en la medida que no hay ningún tipo de coacción física ni psicológica, ni de manipulación, así mismo quien otorgue el consentimiento no puede estar incapacitado legalmente por sentencia judicial y que además goce de capacidad de hecho y aptitud cognitiva para comprender la información. (Ortiz & Burdiles, 2010).

El encargado de entregar el consentimiento debe ser el propio paciente en caso de que este no pueda expresarse o no goce de capacidad deberá ser emitido por un representante o en su defecto

a las personas vinculadas al enfermo por razones familiares o de hecho, el consentimiento por representación debe ser otorgado cuando el paciente sea incapaz legalmente, que por criterio del profesional no sea competente para tomar decisiones y para pacientes menores de 18 años que según el profesional no tengan madurez para comprender el alcance de sus decisiones, al presentarse el consentimiento por sustitución deberá siempre velar por el principio de actuación a favor del paciente y del respeto a su dignidad (Ortiz & Burdiles, 2010).

Se deberá considerar capacitado al menor de 18 años

que, a criterio del profesional que le atiende, tenga condiciones de madurez suficiente. Así pues, la prestación del consentimiento corresponde al menor siempre que sea capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de la actuación en salud. Si no es así, el consentimiento lo dará el representante legal del menor (padres, tutores, o responsables del cuidado), de todas estas circunstancias se deberá dejar. (Ortiz & Burdiles, 2010, p. 648)

4.4 Casos en que opera el consentimiento de los padres

En la resolución 825 del 2018 en el artículo 10, se menciona la “conurrencia para lo solicitud del procedimiento eutanásico” para quien ejerce la patria potestad del menor de edad se regirá 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.

En el artículo 8, parágrafo 8.5

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. Así mismo, 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. Para los casos establecidos en la presente resolución, aplican las disposiciones contenidas en los artículos 310 y 315 del Código Civil relacionadas con la patria potestad. (Res. 825, 2018, p. 7).

Así mismo el Ministerio de Salud y Protección Social

Estableció que en el caso del derecho de la muerte digna de NNA no existe jurisprudencia en casos de control concreto, pero los lineamientos generales del derecho fijados en la sentencia de la Corte Constitucional C-239 de 1997 permite establecer lo siguiente:

La corporación no ha efectuado distinciones o condicionamientos relacionados con la edad de los destinatarios de este derecho fundamental.

En virtud de los principios de igualdad y no discriminación, defensa del interés superior de los NNA la efectividad y prioridad absoluta de los derechos de los NNA y de la ausencia de argumentos razonables para hacer una diferencia, se impone aplicar un tratamiento análogo, es decir los NNA son titulares de este derecho fundamental. (...)

Un razonamiento en contrario avalaría el desconocimiento el interés superior de los NNA y llevaría a admitir que el Estado impide que los adultos sufran intensamente como

consecuencia de una enfermedad en fase terminal, pero no lo hace con los NNA, pues con ellos si es permisible el padecimiento del sufrimiento que comportarían tratos crueles e inhumanos, con la consecuente afectación de su dignidad. No existe una reglamentación del derecho a la muerte digna de los NNA. (Concepto radicado 201911400888971, p. 2-3, 2019).

El consentimiento suele estar presente en todas aquellas circunstancias en la cual el médico debe informar al paciente el tratamiento que se va a llevar a cabo y la forma en que se va realizar, sus riesgos y beneficios a que den lugar. El consentimiento del paciente será válido y eficaz hasta el punto donde haya sido informado, pero deberá estar en un estado de conciencia para tomar la decisión que más crea conveniente y saber sobre los posibles efectos secundarios de todas las intervenciones a que den lugar.

En resumidas cuentas, según la forma doctrinal de Robert Alexy de ver la ponderación como una variable a dos posibles consideraciones, esta doble connotación se puede considerar como un derecho de defensa y un derecho de protección; para el caso en concreto, siendo el consentimiento de los padres la decisión primordial para acceder al homicidio por piedad de un menor que se encuentre en su última etapa de vida, tal y como lo manifestó el Ministerio de Salud y Protección Social, lo que se busca en sí es el derecho a la protección para un actuar positivo, es decir, que si bien es cierto el criterio médico posee un gran peso para esta decisión, en últimas los padres son quienes toman arbitrariamente la elección de acuerdo a esas conclusiones médicas integradas por todo un grupo de profesionales de la salud, de admitir o no la eutanasia en la vida de su consanguíneo, pues lo que debe prevalecer es la intención positiva con la que se va a ejecutar dicho procedimiento, sin seguir afectando aún más la vida del paciente.

5. Conclusiones

El objetivo principal de esta investigación era analizar la eutanasia en menores de edad y si el consentimiento de los padres prima sobre el criterio médico, en los casos de inviabilidad médica en menores de edad, según la normatividad vigente en Colombia.

Para lograr el cumplimiento de ese objetivo principal, se plantearon tres objetivos específicos, que fueron desarrollados en la medida de lo posible en los capítulos de esta investigación. El primer objetivo específico consistía en definir la eutanasia y como se ha dado en algunos países. El segundo consiste en fijar el alcance normativo sobre la eutanasia en Colombia. Y Finalmente determinar la relevancia del criterio médico versus el consentimiento de los padres.

La estructura que se acaba de presentar fue el punto de partida para la elaboración de esta investigación y el desarrollo del cada uno de los capítulos surgieron las siguientes conclusiones:

El presente trabajo, concluye definiendo que la eutanasia es un acto en el cual se le pone fin al sufrimiento de una persona, que padece de una consternación que pareciera, no tiene un término de caducidad, un sufrimiento que ha acogido por la presencia de enfermedades funcionales o irrisorias, que le impiden tener una vida llena de felicidad total y armonía plena; este impedimento, hace que la persona se sienta confundida sobre los propósitos que quiere

ejecutar a lo largo de su vida, ya que posee un desconsuelo que no lo deja poseer un equilibrio social, laboral y económico.

Respecto a este tema, se pueden desplegar varias clases más, referente a la eutanasia aplicada a varios colectivos de la sociedad, que, para el caso en concreto, se basa en menores de edad, que despliegan enfermedades degenerativas sumamente gravosas, que no garantizan la calidad de vida que todos los seres humanos queremos desempeñar a lo largo de nuestras vidas. Es así como, dado el caso en que en Colombia no existe taxativamente una normatividad sobre la eutanasia en neonatos, se acudió en primera instancia, al Protocolo de Groningen, documento el cual configura una serie de acciones que se implementan en los países bajos (Holanda), para implementar la eutanasia en neonatos, teniendo este precedente en el derecho comparado que cobija este acto desde el año 2005, y que para algunos puede considerarse, atroz y consecuente.

Ante lo manifestado en dicho Protocolo, se pudo evidenciar que solamente existen cinco (5) criterios para los cuales se puede ejecutar la eutanasia, precisando en su totalidad, que todo depende del diagnóstico al paciente que presente alguna malformación, sufrimiento insoportable, el permiso o consentimiento informado de los padres del menor y la manera en que el procedimiento se va a llevar a cabo, pues debe tenerse en cuenta que debe ser un procedimiento sumamente cuidadoso, que no transgreda los derechos del menor ni causa un sufrimiento superior.

En el régimen jurídico colombiano, mediante la relativamente nueva Resolución 825 de 2018, donde el Ministerio de Salud y Protección Social “*Reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho al morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes*” en el cual se incluyen las condiciones para acceder y ejecutar la eutanasia, por medio de lo establecido por la Honorable Corte Constitucional en la Sentencia T-544 de 2017, se limitan simplemente a la voluntad de los

niños que rebasan la edad entre los 12 y 14 años, que sin autorización de sus padres, soliciten la Eutanasia, dado que los niños y niñas entre los 0 a 3 años, 3 a 6 años y 6 a 11 años, según dicha normatividad, no cuentan con autonomía para decidir sobre un asunto tan delicado, lo cual concluye en que, en primer lugar, debe procederse a realizar cuidados paliativos e identificar un “*desarrollo neurocognitivo y psicológico excepcional*” y segundo, que deja de lado a aquellos niños menores de 12 años, que se encuentran en esta misma situación, y que no pueden decidir por ellos mismos, una circunstancia que les genera dolor físico y emocional, pues es una carga pesada para un individuo que hasta hora, está comenzando a vivir; por lo cual se evidencia que, en nuestro régimen normativo, no se tiene en cuenta o no se trabaja tan concretamente, el caso del homicidio por piedad o muerte digna, en menores recién nacidos.

Es evidente que la eutanasia al ser una temática tan polarizada, posee varios pros y contras, pero lo más importante a la hora de determinar sus inmensas posibilidades es la decisión que tomen los padres del neonato, ya que éste por sí mismo no puede tomar discrecionalmente o a su voluntad la elección de seguir viviendo bajo unas condiciones precarias, o darle fin a un tormento manifiesto mediante el adecuado manejo de los profesionales de la salud, que forman una parte muy importante en este método, ya que gracias al criterio médico que se formula la posición de los padres, de no alargar una dolorosa vida sino siendo consecuentes con la dignidad de cada individuo perteneciente al mundo, ya que debe primar la dignidad de la persona antes que cualquier otra cosa.

Los padres del menor, al tener que tomar la decisión, se ven envueltos en varios conflictos morales y sociales, pues las personas los pueden tachar de “homicidas” sin tener en cuenta la posición de dificultad en la que se encuentran; y así mismo, el médico tratante debe velar lo más

que pueda, para que su paciente viva, y viva de una manera digna en la cual, no se pueda más adelante, afectar sus intereses y derechos, al obligar a un ser humano a que tenga que vivir en una incertidumbre constante, de lo que debieron hacer con él al padecer una enfermedad que en últimas, está fragmentando su felicidad y autodeterminación, pues toda la vida va tener que vivir dependiendo de otras personas, para poder tener mínimamente, dignidad en su diario vivir.

Entre un sinnúmero de explicaciones dadas al tema, se entiende como base fundamental, que el principio generador de este patrón tan polémico, es el derecho fundamental a la dignidad, entendiéndose como un derecho innato, con el que nace cada ser humano, y que precisamente se consagra en la Declaración de los Derechos Humanos, al ser inviolable e intangible para cada individuo, inherente al ser humano, puesto que como sujetos individuales y sociales, buscamos siempre llevar una vida plena y armónica, precisamente porque ese, es el secreto de la felicidad, ya que nadie quisiera vivir perpetuado en un estado de indefensión, dependiendo de otra persona para poder cumplir con las necesidades básicas, como por ejemplo, comer, caminar, dormir, ir al baño, y lo más importante, sonreír.

Así mismo, la Corte Constitucional en la Sentencia T-291/16 establece que:

La dignidad humana equivale: (i) al merecimiento de un trato especial que tiene toda persona por el hecho de ser tal; y (ii) a la facultad que tiene toda persona de exigir de los demás un trato acorde con su condición humana. Por tanto, la dignidad humana se erige como un derecho fundamental, de eficacia directa, cuyo reconocimiento general compromete el fundamento político del Estado.

Dado lo anterior, la eutanasia se puede definir “como el derecho a morir dignamente” de manera rápida y garantizando la disminución del sufrimiento, pensando únicamente en el bienestar

de esa persona, con el único fin de poderle dar un descanso y final a esa amargura que, entre otras cosas, parecería perpetua, y más aún, si se trata de un menor, de un recién nacido que ni siquiera puede expresar sus dolencias con palabras, que constantemente tendrá que estar en un entorno hospitalario, y que no podrá tener una infancia normal, como aquellos que no poseen ningún padecimiento.

Tanto los padres del menor, como los médicos tratantes, tienen la tarea de vislumbrar el sendero más apropiado para cada caso en concreto, teniendo siempre en cuenta el derecho a la vida digna, y no dejando de lado su padecimiento, pues si bien es cierto, es una de las tareas más difíciles que existen alrededor del mundo, siendo también una problemática jurídica, religiosa, moral y social, lo que debe prevalecer es la calidad de vida que se le va a otorgar al neonato, respondiendo a la pregunta de qué es lo mejor ¿una vida de sufrimiento constante en un gran porcentaje, o dejar descansar físicamente, a un individuo que se encuentra con un estado de salud deficiente y lleno de dolor? En mi opinión, sería más procedente que ese niño que padece de una enfermedad tan grave, que se lleve toda su calidad de vida, pueda descansar de ese dolor terrenal, que en muchas ocasiones ni nos podemos llegar a imaginar, siempre y cuando, ya no haya otra alternativa para que a este individuo se le pueda garantizar una vida digna, ya que es importante que, en primer lugar, se realicen las acciones que sean necesarias para resguardar su vida, pero de ser imposible, no postergar más su sufrimiento.

Durante el desarrollo de este trabajo, se pudo evidenciar que en Colombia, aunque muchas personas no lo crean, hay fuentes normativas importantes que desarrollan este tema a cabalidad, siendo un país tan sumamente creyente, existen personas que reconocen como directriz principal, el fin del sufrimiento y la imposición de una vida digna; más sin embargo, también se ve reflejado

el vacío normativo dirigido a favor de aquellos individuos indefensos, que no pueden alzar su voz y decidir qué hacer con sus respectivas vidas, por lo cual fue necesario analizar casos similares en países pertenecientes a otros continentes, en los cuales, esta clase de normativa se encuentra más avanzada y positivamente señalada en alguna normatividad.

Es claro, que si en nuestro país existiera alguna clase de normativa que trate este tema a profundidad, para todos los individuos que la padecen, sería un gran avance hacia una realidad que hoy por hoy, se manifiesta con más celeridad, debido a que en el mundo hay miles de personas que por el momento, no poseen voz y voto sobre la decisión de qué hacer con sus propias vidas, y si Colombia regulara este patrón en todas las circunstancias posibles, no limitando su acceso a algunos, seríamos un país donde se garantizaría en su totalidad, la dignidad humana, teniendo en cuenta que somos uno de los primeros países, donde la eutanasia o el derecho a morir dignamente, fue legalizado, teniendo un gran avance y sobrepeso, respecto a otros países en Latinoamérica.

6. Bibliografía

Alexy, R. (1993). Teoría de los Derechos Fundamentales. Bogotá: Colombia. Colección El Derecho y la Justicia (Ed),

Constitución política de Colombia [Const. P.]. (1991). Colombia: Legis, 8va ed.

Corte Constitucional [CC], diciembre 12, 2017. MP.: Antonio José Lizarazo Ocampo. Sentencia 721/17. (Colombia). Obtenido el 09 de junio de 2020.

http://legal.legis.com.co/document/Index?obra=jurcol&document=jurcol_9bf8c408143f4fd9b70257c00e43cdc8

Corte Constitucional [CC], diciembre 14, 2014. MP.: Luis Ernesto Vargas. Sentencia T-970/2014. (Colombia). Obtenido el 09 de abril de 2020.

<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm>

Corte Constitucional [CC], mayo 20, 1997. M.P.: C. Gaviria. Sentencia 239/97. (Colombia).

Obtenido el 24 mayo de 2020. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>

Corte Constitucional [CC], mayo 20, 1997. MP.: Carlos Gaviria. Sentencia C-239/97.

(Colombia). Obtenido el 22 de marzo de 2020.

<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>

Clérico, L. (2012). Sobre “casos” y ponderación. Los modelos de Alexy y Moreso, ¿Más similitudes que diferencias?. *Isonimia*, (37), 113-145.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-02182012000200006

El País, (2018,12 de noviembre). Colombia reglamenta la eutanasia para niños y jóvenes. *El País*

https://elpais.com/internacional/2018/03/10/colombia/1520696972_962348.html

Ley 1733/14, septiembre 8, 2014. Diario Oficial. [D.O]: 49268. (Colombia). Obtenido el 09 de

mayo de 2020. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1733_2014.html

Lozano, G. (2001). La eutanasia activa en Colombia, algunas reflexiones sobre la jurisprudencia constitucional. *Revista Derecho del estado U. Externado*, (11), 96-101.

<https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/derest/article/view/858/813>

Manzano, R. (2018). Discusión jurídica frente a los alcances del procedimiento para hacer

efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, las niñas y los adolescentes en

Colombia. [Artículo de análisis, Universidad Santo Tomás]. Repositorio institucional.

<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/14327/2018ManzanoMartaRocio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Margaux, Y. (2016). *Eutanasia en Colombia*. Ediciones Jurídicas Gustavo Ibáñez (Bogotá)

Martins, F. (2015). Caso belga de la eutanasia en niños ¿Solución o Problema? *Artigos de*

atualizacáo, 23(3), 477-483. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422015000300475&script=sci_abstract&tlng=es

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social [MSP], diciembre 7, 2019. Concepto radicado

201911400888971. (Colombia). Concepto para análisis normativo respecto a la eutanasia.

Obtenido el 22 de julio de 2020.

- https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Concepto%20Jur%C3%ADdico%20201911400888971%20de%202019.pdf
- Moreno, S. (2005). la eutanasia en niños en Holanda: ¿El final de un plano inclinado? *Cuaderno de bioética*. 6, (3). <https://www.redalyc.org/pdf/875/87512622003.pdf>
- Pérez Sánchez, E. (2004). La diferencia entre “matar” y “dejar morir” y su repercusión en el debate contemporáneo sobre la eutanasia. *Revista de pensamiento y análisis*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=11765>
- Pérez Sánchez. (2004). La diferencia entre `matar' y `dejar morir' y su repercusión en el debate contemporáneo sobre la eutanasia. *Recerca*, 4 (4), 116-134. <http://www.e-revistas.uji.es/index.php/recerca/article/view/258>
- Pérez Sánchez. (2014). eutanasia, autonomía y la libre disponibilidad de la propia vida. *Astrolabio*, 303-317. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/7314>
- Real Academia Española. (2001). En Diccionario de la lengua española. Obtenido el 13 de julio, desde <https://www.rae.es/recursos/diccionarios/diccionarios-antiguos-1726-2001/diccionario-de-la-lengua-espanola-2001>
- Resolución 1216/15, abril 21, 2015. Ministerio de Salud y Protección. (Colombia). Obtenido el 09 de abril de 2020. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201216%20de%202015.pdf
- Resolución 825/18, marzo 9, 2018. Ministerio de Salud y Protección. (Colombia). Obtenido el 09 de junio de 2020. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-825-de-2018.pdf>

Roges, R., Martin, T., Notario, C., & Bello, J. (2000). Consentimiento Informado. *Tricastela*.

<https://tricastela.com/rdl/>

Yañez C, (2018). Cuatro países en el mundo permiten la eutanasia y tres de ellos a niños. *La*

Tercera. <https://www.latercera.com/tendencias/noticia/cuatro-paises-mundo-permiten-la-eutanasia-tres-ninos/145268/>