

# RESPONSABILIDAD DEL ESTADO POR LA PRÁCTICA DE LA EUTANASIA EN COLOMBIA

“State Responsibility for the practice of euthanasia in Colombia”

**Ph.D. Yolanda M. Guerra García\***

Fecha de entrega: 04-02-2013

Fecha de Aprobación: 15-04-2013

Para referencias: GUERRA GARCÍA, Yolanda (2013) “RESPONSABILIDAD DEL ESTADO POR LA PRÁCTICA DE LA EUTANASIA EN COLOMBIA”, En Revista Principia Iuris 19. Universidad Santo Tomás, Tunja.

*“Morir más tarde o más temprano es indiferente; Bien o mal morir, no lo es”.*  
Séneca

## RESUMEN\*\*

Este artículo presenta el vacío jurídico que existe en Colombia sobre la práctica del homicidio por piedad (eutanasia) creado por la sentencia C 239 de 1997 MP Carlos Gaviria, que “despenaliza” la eutanasia, y los artículos 106 y 107 del Código penal que sancionan con prisión la práctica de la eutanasia. En la actualidad en Colombia no es clara la situación; y además las normas jurídicas, presumen la donación de órganos a partir de las 6 horas de la muerte de la persona. En ese sentido qué es la muerte cerebral? Es diferente a la muerte del cuerpo físico? Es legal ayudar a morir a una persona con “muerte cerebral” para extraer sus órganos? Podría incurrir en prisión quien ayude a morir o a suicidarse a otra persona bajo determinadas circunstancias? Este artículo hace un análisis de esta situación.

## PALABRAS CLAVE

Eutanasia, suicidio asistido, distancia, eugenesia, homicidio por piedad.

---

\* Docente investigadora Directora del Grupo Liderazgo Categoría A1 en Colciencias, por la Universidad Militar Nueva Granada. Docente investigadora de la Universidad Militar Nueva Granada y de la Universidad Santo Tomás, Seccional Tunja. Abogada, Magister In Law University Of Wisconsin – Madison, Doctorado en Educación e Investigación University Of Wisconsin - Madison. Ph.D. Post Doctora en Narrativa y Ciencia. Post Doctora en Comunicación, Educación y Cultura. Al E-mail: ymguerra@gmail.com

---

\*\* Artículo de Reflexión, Resultado del proyecto de investigación terminado «Responsabilidad del Estado por la práctica de la eutanasia en Colombia» vinculado a la línea de Investigación en Derecho Administrativo y responsabilidad del Estado, del Centro de Investigaciones Socio-Jurídicas, Universidad Santo Tomás, Seccional Tunja. Grupo de Investigaciones Jurídicas y sociojurídicas. Original/Inedita

Método: Jurídico, analítico, con respecto a la figura de la sociedad del riesgo tomando como fuentes directas el estudio documental de jurisprudencia y normatividad concerniente al tema.

## ABSTRACT

This article presents the legal conflicts that exists in Colombia on the practice of mercy killing (euthanasia) created by the judgment C 1997 239 MP Carlos Gaviria, which “decriminalized” euthanasia, and Articles 106 and 107 of the criminal Code that punishes with prison the practice of euthanasia.

Currently in Colombia the situation is unclear, and additionally the law presumes the donation of organs after 6 hours of the death of the person. What is then brain death? It is different from the death of the physical body? Is it legal to help a person die “brain dead” for their organs? Could incur prison to die or who helps another person commit suicide under certain circumstances? This article analyzes the situation.

## KEY WORDS

Euthanasia, assisted suicide, dysthanasia, eugenics, mercy killing.

## RÉSUMÉ

Cet article présente le vide juridique qui existe en Colombie sur la pratique du meurtre par compassion (l'euthanasie) créé par l'arrêt C 239 1997 député Carlos Gaviria, qui «dépénalisé» l'euthanasie, et les

articles 106 et 107 du Code pénal dont punit avec prison la pratique de l'euthanasie.

Actuellement en Colombie la situation n'est pas claire, et en outre, le don d'organes présumé après 6 heures de la mort de la personne. En ce sens, Quelle est alors la mort cérébrale? Elle est différente de la mort du corps physique? Est-il légal d'aider une personne mourir “mort cérébrale” pour leurs organes? Pourrait subir en prison qui aide une autre personne à mourir ou de se suicider dans certaines circonstances? Cet article analyse la situation.

## MOTS CLÉS

L'euthanasie, le suicide assisté, l'eugénisme dysthanasia le meurtre par compassion.

## METODOLOGÍA

Análisis descriptivo conceptual a partir del seguimiento jurídico que se ha adelantado en materia de responsabilidad estatal por la práctica de la eutanasia en Colombia.

Estudio que tiene punto de partida, características conceptuales de la vida y la muerte, el análisis histórico de la eutanasia, su tratamiento normativo y jurisprudencial a la luz del Derecho Colombiano y el Derecho comparado; para finalmente determinar la responsabilidad en la que está inmerso el estado por la práctica de la misma.

## SUMARIO

1. Introducción. 2. Historia de la Eutanasia. 3. Eutanasia en Colombia. Eutanasia en Derecho comparado. 5. Eutanasia en Estados Unidos. 6. Corte Constitucional, vida y muerte. 7. Responsabilidad del estado por la práctica de la eutanasia. 8. Conclusión.

## 1. INTRODUCCIÓN

La eutanasia como fenómeno, se ha practicado desde todos los tiempos, en

unas culturas más que en otras y su uso se ha generalizado ya más ampliamente en la época contemporánea. La palabra eutanasia viene de dos raíces griegas

bien definidas “eu” y “thanatos”, buena y muerte. En la antigua Grecia por ejemplo, ya había sentimientos relacionados con “el buen morir” que supone un fallecimiento acaecido en buenas circunstancias sociales y morales. La finalidad del ser humano era, de acuerdo con ese sentimiento de vida, cuidarse bien y correctamente. Esa idea fue fundamental para Hipócrates, quien compartía este concepto con los antiguos Griegos que hablaban más de cuidarse que de curarse (Broekman 1998, p. 183). Eugenesia, es la escogencia de los más fuertes, los más bellos y los mejores por oposición a los débiles y a los enfermos en una sociedad (Guerra Y. 2011) Distanasia, es el encarnizamiento o ensañamiento terapéutico con un paciente (Guerra Y. 2011).

### **¿Cuándo comienza y cuándo termina la vida?**

A la pregunta cuándo comienza la vida? se le ha dado muchas respuestas, dependiendo del ámbito desde el cual se trabaje. Desde quienes consideran que la vida empieza con la concepción, y pasando por quienes como Peter Singer, consideran que incluso hasta después de un mes de nacido, todavía no se puede hablar plenamente de un ser humano. (Singer P. 2004).

El argumento de Singer está expresado de la siguiente manera: “el derecho a la vida está esencialmente atado a la capacidad de un SER de manifestar preferencias, y de tener capacidad de sentir placer o dolor. El recién nacido no tiene las características esenciales de “personalidad” como lo serían el uso de la razón, la autonomía y la autoconciencia del sí mismo”.(Singer, P. 1993)

Si este argumento fuera realmente trascendente, la pregunta sería: cuántos adultos sanos tienen efectivamente un nivel de madurez y sabiduría tal que

les permita “tener autoconciencia de sí mismo” como lo denomina Singer?. Tener autoconciencia de sí mismo, no solamente es darse cuenta de que se tiene hambre y hacer algo para saciar esta necesidad primaria; sino adicional y principalmente, darse cuenta de la trascendencia del sí mismo, como entidad compuesta por varios cuerpos –lo que hoy se denomina múltiples inteligencias (Howard Gardner), entre los cuales están los aspectos emocional, moral, intelectual, ético, físico, espiritual, cognitivo y sentimental, entre otros. Hacerse responsable de las consecuencias de las propias emociones y sentimientos es “ser autoconsciente de sí mismo” y la verdad sea dicha, son pocos los adultos que tienen esta habilidad. Sobre todo en países como Colombia.

El rango de diferencia que existe entre las respuestas que las diferentes Fuentes puedan ofrecer a la pregunta “cuando comienza la vida?”, hacen que tal vez solamente la ley pueda establecer la respuesta en determinado momento. Porque en una sociedad pluralista es difícil encontrar consensos. Pero el verdadero comienzo cuando en países como la Colombia, siendo eminentemente legalista, no jurisprudencial, una de la Cortes, se abroga el derecho de “legislar” lo que le compete a la rama legislativa del gobierno y no a las Cortes. Tal es el caso de las sentencias C 239 de 1997 y C 355 de 2006, que se abrogan el derecho a legislar por encima de la Constitución y las leyes y determinan que en un caso se despenaliza el homicidio por piedad (eutanasia) artículo 106 del Código penal y en el otro se despenaliza el aborto (art. 122 del Código Penal Colombiano).

En contraste con la magnitud del disenso en el mundo, de cuándo comienza la vida? Parece haber más consenso sobre el tema: cuándo termina la vida? De hecho en el

Código Civil hay un artículo (el 94) que dice en qué momento se termina la vida.

A raíz de los ataques a las Torres Gemelas en septiembre 11 de 2001, donde hubo más de 4000 muertos. La sociedad americana se volcó sobre los médiums, los psíquicos y los videntes; para probar una necesidad de su espíritu: existe “vida después de la vida”. Y los fenómenos paranormales, la gran cantidad de literatura idónea y científicos James Van Praagh, Dean Hammer (quien descubre el así llamado “gen de Dios” en nuestro mapa de ADN); Lorna Byrne, Doreen Virtue, Phyllida Anam-Aire, Brian Weiss y otros eminentes científicos, que han demostrado no solamente la existencia de la energía universal, conocida como Dios a través de experimentos científicos, sino que adicionalmente han demostrado la existencia de “vida” más allá de la muerte del cuerpo físico. El concepto de “vida” entonces hay que replantearlo. (Weiss, B. 1999).

## **Muerte**

Tradicionalmente se ha considerado que cuando el corazón deja de latir, se produce la muerte. Pero el criterio de la muerte craneoencefálica, también debe ser tenido en cuenta. Ese criterio a partir de 1968 hace su aparición para quedarse con fuerza, por lo menos en los Estados Unidos cuando se empieza a producir el fenómeno del cuerpo sostenido por aparatos que artificialmente hacen latir el corazón, cuando el cerebro ha dejado de cumplir todas sus funciones. (Condic M. 2003). Este criterio ha sido importante no porque el cuerpo pierda funciones importantes como consecuencia de la muerte cerebral, sino especialmente y al decir de Peter Singer “porque se habla de vida cuando se tienen las características esenciales de “personalidad” como lo serían el uso de la razón, la autonomía y la auto conciencia del sí mismo”.(Singer, P. 1993).

A pesar de que existe enorme presión desde la comunidad médica para que se defina que el estado persistente vegetativo es una forma de muerte craneoencefálica, las leyes de los Estados no han hecho lo propio. Y a pesar de los enormes costos médicos que ello conlleva, declarar lo contrario es una forma de eutanasia en personas que todavía están con “vida”.

La discusión es larga y no es simple. Debe tener en cuenta toda clase de factores, inclusive la familia, los seres amados, la posición en la sociedad, la expectativa de calidad de vida y lo que algunos llaman “dignidad” humana. Sin embargo, en el caso de los embriones la opinión no puede ser subjetiva, en ellos hay vida, por lo menos un potencial de vida que ya no está en aquellos pacientes que han muerto. Y que se identifica con la habilidad de actuar como un organismo coordinado por sí mismo, más que como un conjunto de células independientes que funcionan si acaso como grupo (Condic M. 2003)

Cuáles son las ventajas de definir el principio de la vida de la misma manera que el final (Singer, Condic) por lo menos nos podemos poner de acuerdo como raza en aspectos gramaticales y de forma, que a veces son los que evitan grandes debates, o que cuando no son claros generan enormes conflictos insalvables. Lo que nos hace humanos podría ser esa capacidad de reconocernos a nosotros mismos como tal (Condic, M. 2003).

## **La Muerte, perspectiva médica**

El concepto de muerte

La muerte se define en el lenguaje ordinario como la cesación de la vida, y esta misma definición es la que encontramos en el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (muerte viene del lat. mors, mortis que significa cese de la vida).

Como escribió Diego Gracia (1995), la muerte no es un hecho natural sino un constructo cultural, es decir, convenciones racionales siempre mediatizadas por la cultura, de donde podemos inferir, que es un tema siempre abierto e imposible de cerrar definitivamente. (p.161)

En Colombia se produjo el primer Decreto-Ley sobre “muerte encefálica” en junio 6 de 1989, configurándose el Decreto-Ley Colombiano sobre muerte encefálica y Donación de órganos (Decreto número 1172 de 1989), el cual fue modificado en parte por la Ley 454 de agosto 4 de 1998, (Decreto número 1546 de 1998) y luego por el Decreto 2493 de agosto 4 de 2004. Este último, por resolución, ha abolido los previos.

Los siguientes son apartes textuales importantes de estos decretos:

“... denomínese cadáver:

Al cuerpo de una persona en el cual se ha producido la muerte encefálica, diagnosticada de conformidad con el presente Decreto.

Al cuerpo de una persona en el cual se ha producido cese irreversible de las funciones vitales cardiorrespiratorias.” (Decreto número 1546, 1998).

Los restantes son todos apartes textuales tomados del último de los decretos (Decreto número 2493, 2004):

“Muerte encefálica: Es el fenómeno biológico que se produce en una persona cuando de forma irreversible se presenta en ella ausencia de las funciones del tallo encefálico comprobada por examen clínico.”

“Artículo 12. En el diagnóstico de muerte encefálica en adultos y niños mayores de dos años, previo a cualquier procedimiento destinado a la utilización de componentes

anatómicos para fines de trasplantes, deberá constatarse por lo menos, la existencia de los siguientes signos:

1. Ausencia de respiración espontánea.
2. Pupilas persistentemente dilatadas.
3. Ausencia de reflejos pupilares a la luz.
4. Ausencia de reflejo corneano.
5. Ausencia de reflejos óculo-vestibulares.
6. Ausencia de reflejo faríngeo o nauseoso.
7. Ausencia de reflejo tusígeno.”

“El diagnóstico de muerte encefálica no es procedente cuando en la persona exista cualquiera de las siguientes causas o condiciones que la simulan pero son reversibles:

1. Alteraciones tóxicas (exógenas).
2. Alteraciones metabólicas reversibles.
3. Alteración por medicamentos o sustancias depresoras del sistema nervioso central y relajante muscular.
4. Hipotermia.”

“El diagnóstico de muerte encefálica y la comprobación sobre la persistencia de los signos de la misma, deben hacerse por dos o más médicos no interdependientes, que no formen parte del programa de trasplantes, uno de los cuales deberá tener la condición de especialista en ciencias neurológicas. Dichas actuaciones deberán constar por escrito en la correspondiente historia clínica, indicando la fecha y hora de las mismas, su resultado y diagnóstico definitivo, el cual incluirá la constatación de los siete signos que determinan dicha calificación”. (Diario Oficial. República de Colombia: Ministerio de la Protección Social: Decreto número 2493 de 2004).

### **Muerte Encefálica y Trasplante de órganos**

El diagnóstico de muerte encefálica cuando el supuesto cadáver será donante de órganos presenta un aspecto ético crucial.

La preocupación de la familia del paciente y del público en general acerca de si el diagnóstico de muerte encefálica en estos casos ha sido un tanto precoz o impreciso en aras de favorecer a los posibles receptores del trasplante es justificable.

Recientemente en Colombia se ha declarado la obligatoriedad para todas las unidades de cuidado intensivo de informar a la Red de Trasplantes cuando exista la sospecha de muerte encefálica en un paciente, más aún, médicos de la Red de Trasplantes visitan con cierta frecuencia las unidades de cuidado intensivo investigando si existe sospecha de muerte encefálica en alguno de sus pacientes.

Es cuestionable si el manejo de la familia debe hacerlo exclusivamente el equipo médico tratante o puede participar en éste el equipo pro-donación, o si éste solo debe concursar sólo una vez se haya realizado el diagnóstico de muerte encefálica.

Aún en aquellas situaciones en que el paciente con sospecha de muerte encefálica no tiene dolientes, el equipo de cuidado intensivo ya perdió la esperanza de salvarle la vida y el equipo de trasplantes está esperando el diagnóstico de muerte encefálica para proceder, el neurólogo o neurocirujano llamado a realizar el diagnóstico debe utilizar toda su experticia y sus recursos en realizar rigurosamente la evaluación necesaria para llenar a cabalidad el criterio diagnóstico de muerte encefálica de acuerdo a la Guía.

En resumen, es de vital importancia que el diagnóstico de muerte por el criterio encefálico sea siempre contundentemente un diagnóstico de muerte, para que la extracción de órganos para donación nunca sea ejecutada en una persona viva, así se

encuentre muy cercana a la muerte. En aquellos casos en que no exista de parte del médico la certeza de este diagnóstico, deberá abstenerse de realizarlo.

## 2. HISTORIA DE LA EUTANASIA

Para el profesor Universitario Diego Gracia<sup>1</sup>, la historia de la eutanasia se puede dividir en tres fases (mas bien tres modos de entender la figura) que denomina así: la eutanasia ritualizada, la eutanasia medicalizada y la eutanasia autonomizada (Gracia, Historia de la eutanasia, UPC, Madrid, 1990: 18).

En la primera fase histórica de la Eutanasia, se hizo énfasis en la importancia que ha tenido el “rito” en las diferentes culturas, como uno de los mecanismos para pasar de un estado a otro, de una dimensión a otra, si se quiere. Haciendo hincapié en que todas son formas de una vida que continúa de un modo que no podemos declarar como cierto, porque pocos o ninguno son los testimonios de aquellos que han vuelto para contar cómo es la otra forma de vivir, cuando se ha dejado el cuerpo en este planeta.

Así en las culturas milenarias los principios fundamentales de nacer, crecer, reproducirse y morir, estuvieron representados por rituales específicos cuyo significado ha sido el de demarcar los límites de cada etapa y celebrar, si se quiere, el final de una etapa y el comienzo de otra.

Sobre el aspecto de la muerte, concretamente, los instantes previos, conocidos como agonía, hubo culturas que sacralizaron la etapa, dando relevancia a la misma y procurando expedir el paso siguiente (la muerte) con drogas y venenos como parte de un ritual que les ayudaba a tener una “buena muerte” (eutanasia). Se sabe de

1. Diego Gracia es un profesor de Historia de la Medicina en la Universidad Complutense de Madrid.

pueblos que usaron diversas hierbas como la estricnina<sup>2</sup>, la cual daban a los enfermos incurables, para que fallecieran más pronto que tarde, sin sufrimientos extendidos en el tiempo. Hay hallazgos que indican que los indios Cuevas de Panamá practicaron este hábito de ayudar a “bien morir a sus enfermos”. También es conocido que los esquimales tenían la costumbre de dejar abandonados a sus ancianos en medio de la nieve, porque en su sentir ya les “había llegado la hora” de despedirse de este mundo y de iniciar su transición hacia otros mundos, entonces abandonarlos en la nieve, también expeditaba este proceso de transición hacia lo nuevo.

Es bien conocida la costumbre de los espartanos de despeñar a los niños deformes desde el monte de Taigeto. Aristóteles mismo era partidario de no criar ningún hijo que fuera físicamente defectuoso. Hay gobiernos actuales que tienen normas biopolíticas en ese sentido (por ejemplo cuántos hijos tener, y si se pasa de la cuota, es necesario eliminar el elemento sobrante).

En la Antigua Grecia y en Roma, antes de la era de la cristiandad, el infanticidio de menores “imperfectos fue largamente extendida y practicada, la eutanasia activa y directa ponderaba y era generalmente aceptada. Es de recordar que para los antiguos Griegos y Romanos, la vida individual per se no guardaba ningún valor, si no era considerada dentro de una colectividad. Los homicidios por

piedad, voluntarios o involuntarios fueron practicados frecuentemente, así como los abortos. (Dowbiggin, 2005)

Es de anotar con Dowbiggin<sup>3</sup> (2005) que lo que se puede decir de la Eutanasia en la época Antigua y clásica de Grecia y Roma, es que el suicidio y el homicidio por piedad, así como el aborto y otras formas de “selección” donde solamente quedarán los más fuertes, estaba altamente aceptada y practicada sin sanciones legales.

En las obras de Platón<sup>4</sup>, por ejemplo, se considera una idea, y es que los médicos no deberían tener cabida en una ciudad perfecta, porque se supone que todos los hombres que la habitan estarían sanos. En una de sus obras más conocidas, La República, Platón escribe que la medicina sólo serviría para tratar a los trabajadores manuales que, de hecho, no pertenecerían a la ciudad ni gozarían del privilegio de ser ciudadanos. Los hombres libres no tendrían tiempo para estar enfermos. Y aquellos que se enfermaran no deberían hacer parte de las ciudades tampoco. Con tal filosofía sanitaria la función del médico quedaba prácticamente reducida a la ejecución de la eutanasia.

“Quien no es capaz de vivir desempeñando las funciones que le son propias no debe recibir cuidados, por ser una persona inútil tanto para sí mismo como para la sociedad” (República, 407). Del mismo

2. Estrictina, alcaloide de la nuez vómica del género *Strychnos*, que en el laboratorio se convierte en polvo cristalino blanco, inodoro y amargo; el cual puede ser inoculado en el cuerpo de diversas maneras, - ingerido, inhalado, bebido o administrado en forma intravenosa-. En altas dosis produce estimulación del sistema nervioso central, pudiendo llevar a un fallo respiratorio y a la muerte cerebral. En dosis mayores de 25 miligramos provoca la muerte por asfixia debido a la contracción de los músculos torácicos. La dosis letal se entiende que es de 15 a 25 mg. Las manifestaciones clínicas aparecen de 10 a 30 minutos después de haberlo ingerido.
3. Dowbiggin, Ian. Profesor de Medicina en la Universidad Prince Edward Island. Autor de varios textos en los cuales plasma su posición vehemente en contra de la autorización de las leyes que apoyan el PAS (physicians assisted suicide) Suicidio asistido por médicos.
4. Platón, 427-347

modo Aristóteles<sup>5</sup> recoge el pensamiento de sus predecesores, en su obra *La Política*, “En cuanto a la exposición o crianza de los hijos, debe ordenarse que no se críe a ninguno defectuoso, pero que no se exponga a ninguno por causa de los muchos hijos, en el caso de que la norma de las costumbres prohíba rebasar cierto límite; la procreación en efecto debe limitarse, pero si algunos tienen hijos por continuar las relaciones más allá del tiempo establecido, deberá practicarse el aborto antes de que se produzca en el embrión la sensación y la vida, pues la licitud o ilicitud de aquel se definirá por la sensación y la vida” (*Política*, 335).

Esta forma de observar la medicina se entiende por la percepción propia de la cultura griega, que rendía culto a la belleza corporal, la fortaleza física y la salud. Este ideal de belleza y salud, fue obvia y rápidamente superado por otras formas de pensamiento más incluyentes. Lo cual se ve reflejado en el juramento de Hipócrates, el que se mantiene hasta el día de hoy.

La voluntariedad del “vivir” y en consecuencia la naturaleza voluntaria de la muerte, enfatizando que si moría voluntariamente era por las “razones adecuadas”

Por ejemplo, para terminar con un sufrimiento largo de enfermedades o accidentes que causaran al cuerpo físico más dolor del que debía soportar. De hecho en la Atenas de la época clásica, los magistrados mantenían una cantidad permanente de veneno disponible para cualquiera que deseara morir voluntariamente. (Manning, 2010).

Los pensadores estoicos admitían también la práctica de la eutanasia y consideraban el suicidio como una buena salida de esta vida, incluso heroica y digna. Séneca, el famoso estoico cordobés, afirmó en sus *Cartas*: “prefiero matarme a ver cómo se pierden las

fuerzas y cómo se está muerto en vida” (Gafo, *La Eutanasia*, Temas de hoy, Madrid, 1989: 119). Lamentablemente Séneca tuvo una muerte terrible, irónicamente no fue dulce, pero ciertamente sí fiel a su palabra, antes de que se hiciera realidad la sentencia de muerte de Nerón sobre él, se quitó la vida, pero requirió de tres diferentes intentos concomitantes para alcanzar la muerte.

Una costumbre extendida, según Gracia (1990), ha sido la de “rematar” a los heridos de guerra por motivos “misericordiosos”. De hecho el pequeño puñal que se utilizaba en la Edad Media para terminar con la vida de los heridos en batalla se llamaba precisamente “misericordia”.

No obstante en las culturas que practicaron la eutanasia como costumbre, generalmente no era extraño ver que era el hechicero, mago o chamán el encargado de acelerar la muerte con la finalidad de evitar así el sufrimiento.

Retomando los criterios de Gracia, la segunda parte de las etapas de la eutanasia es la **medicalización** de la misma. Con la aparición de la medicina occidental sería entonces el médico, quien asuma el papel de expedir la muerte y practicar la eutanasia, lo cual en gran cantidad de países industrializados es un delito. Jack Kevorkian, el médico de los Estados Unidos que practicó más de doscientas eutanasias, y suicidios asistidos, pasó por lo menos diez años de su vida en prisión por provocar la muerte dulce o ayudar a bien morir a muchos pacientes terminales que sufrían en los últimos momentos de su vida.

La tercera etapa de la eutanasia, para concluir con el texto de Gracia (1990) es la **Autonomizada**. En la cual el individuo toma partido activo para terminar su propia vida, sin que esto constituya entonces una forma de suicidio.

5. Aristóteles, 384-322



### 3. EUTANASIA EN COLOMBIA

En Colombia la eutanasia, está reglada por dos artículos, el primero de ellos es el 106 de la ley 906 del 2004, el cual remplacea el anterior Código Penal, en su artículo 326, que en su contenido prohíbe y sanciona con prisión la eutanasia. Y el segundo el de asistencia al suicidio, contenido en el artículo 107 del actual Código Penal. (Guerra, Y. 2012)

#### ART. 106

##### **Homicidio por piedad.**

El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años.

(Código Penal Colombiano).

#### ART. 107.

##### **Inducción o ayuda al suicidio.**

El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de dos (2) a seis (6) años. Cuando la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, se incurrirá en prisión de uno (1) a dos (2) años.

#### **Sentencia**

La Corte Constitucional en la sentencia C-239/97, revisa el aspecto de la eutanasia en Colombia, contenido en el artículo anterior del Código Penal (el 326 que hoy en día es el artículo 106) y dijo al respecto que aunque éste debía seguir rigiendo en Colombia, excluyó como delito este hecho si ocurre bajo dos circunstancias, entendiéndose además que tal vez hay una tercera y es la que plantea el artículo del Código "lesión corporal o enfermedad grave e incurable."

1. Que el sujeto pasivo, es decir a quien se le quita la vida, consiente o acepta el hecho de perder su vida.
2. Que quien le quita la vida sea un médico titulado en ejercicio de sus funciones.

El homicidio por piedad, según los elementos que el tipo describe, es la acción de quien obra por la motivación específica de poner fin a los intensos sufrimientos de otro. Doctrinariamente se le ha denominado homicidio pietístico o eutanásico. Por tanto, quien mata con un interés distinto, como el económico, no puede ser sancionado conforme a este tipo. Se confunde los conceptos de homicidio eutanásico y homicidio eugenésico; en el primero la motivación consiste en ayudar a otro a morir dignamente, en tanto que en el segundo se persigue como fin, con fundamento en hipótesis pseudocientíficas, la preservación y el mejoramiento de la raza o de la especie humana. Es además, el homicidio pietístico, un tipo que precisa de unas condiciones objetivas en el sujeto pasivo, consistentes en que se encuentre padeciendo intensos sufrimientos, provenientes de lesión corporal o de enfermedad grave o incurable, es decir, no se trata de eliminar a los improductivos, sino de hacer que cese el dolor del que padece sin ninguna esperanza de que termine su sufrimiento. El comportamiento no es el mismo cuando el sujeto pasivo no ha manifestado su voluntad, o se opone a la materialización del hecho porque, a pesar de las condiciones físicas en que se encuentra, desea seguir viviendo hasta el final; al de aquel que realiza la conducta cuando la persona consiente el hecho y solicita que le ayuden a morir. (Sentencia C 239 de 1997)

### 4. EUTANASIA EN DERECHO COMPARADO

La figura de la eutanasia y del suicidio asistido ha encontrado poca acogida en

las legislaciones de los países occidentales. Solamente es legal en Holanda, Bélgica y Luxemburgo- Y en Estados Unidos en los estados de Washington, Oregon y Montana. (Guerra Y. 2011)

En algunos países, aunque la eutanasia es castigada por la ley, goza sin embargo de amplia tolerancia y es una situación de hecho. En Dinamarca, el pariente de una persona enferma de modo incurable puede decidir el que se le retiren los tratamientos médicos. Desde 1992, en caso de enfermedad incurable o incidente grave, los daneses pueden hacer un «testamento médico» que los médicos deben respetar. En Suecia la «asistencia al suicidio» es un delito no castigado por la ley. El médico puede, en casos extremos, apagar las máquinas que ayudan a la respiración.

En el Reino Unido, la eutanasia es ilegal. Sin embargo, en 1993 y en 1994, la justicia ha autorizado a algunos médicos a abreviar la vida de enfermos mantenidos en vida artificialmente. En Escocia, en junio de 1996, por primera vez se ha «autorizado a morir» a un paciente.

En Francia, el Comité de Ética sobre medicina y biología (CCNE) abrió el pasado mes de marzo por primera vez la puerta a la posibilidad de la eutanasia en casos «excepcionales», según se recogía en un informe divulgado por este órgano consultivo del Gobierno. El organismo, que es la máxima instancia consultiva en Francia sobre asuntos de ética en medicina y biología, cita como casos excepcionales aquellos en los que no se controla el dolor a pesar de los medios disponibles.

En Estados Unidos, la ley federal veta la eutanasia. Oregon es el único estado que autoriza desde 1994 la eutanasia para los enfermos en fase terminal, en caso de que hayan presentado la petición formalmente, pero un tribunal del Estado se ha opuesto

a su aplicación. Esta ley no ha sido por tanto todavía aplicada. En abril de 1996, el tribunal federal de apelación de Nueva York, competente también en Vermont y Connecticut, ha autorizado la eutanasia médica.

En Colombia, el tribunal constitucional admitió la eutanasia, en mayo de 1997, para los enfermos en fase terminal que la piden expresamente.

En China, en 1998, el Gobierno ha autorizado a los hospitales a practicar la eutanasia para los pacientes en fase terminal de una enfermedad incurable. En Australia, en 1996, por primera vez en el mundo fue votada por el Parlamento de los Territorios del Norte una ley que legalizaba la eutanasia, pero fue abrogada a nivel federal algunos meses más tarde.

La figura de la eutanasia y del suicidio asistido ha encontrado poca acogida en las legislaciones de los países occidentales. Solamente es legal en Holanda, Bélgica y Luxemburgo- Y en Estados Unidos en los estados de Washington, Oregon y Montana. (Guerra, 2011)

Años después de haber autorizado la eutanasia el Ponente del proyecto de ley de eutanasia en Holanda, da una conferencia en la Universidad de McGill en Canadá, manifiesta que “está arrepentido de haber introducido la eutanasia en Holanda, porque se ha prestado para toda clase de abusos. Hasta los pacientes de Alzheimer, Parkinson e incluso personas que solamente presentan síntomas de depresión han solicitado y se les ha aplicado la eutanasia. Todo aquel que no quiera convertirse en una carga para sus familiares o para el Estado ha solicitado que se le aplique la eutanasia”. (Conferencia en la ceremonia de graduación de la Universidad de McGill en Noviembre 20 de 2011.).

## 5. EUTANASIA EN ESTADOS UNIDOS

La eutanasia activa es ilegal en la mayoría de los Estados Unidos. Pero los pacientes mantienen el derecho a declinar el tratamiento terapéutico que los hospitales o los médicos les quieran ofrecer en casos de enfermedades graves o terminales. Del mismo modo mantienen el derecho de “gerenciar” su propio tratamiento y de tener una opinión, lo que algunos han interpretado como eutanasia pasiva. Es ya un tema conocido que todas las personas pueden dejar un documento legal en el que determinan quién los puede “desconectar” de un tratamiento que prolongue su vida o la provea por medios artificiales, con el consentimiento informado de los pacientes. (O’reilly 2010)

A la fecha la Corte Suprema de los Estados Unidos todavía no ha hecho reglas sobre lo que se denominaría “La calidad de vida y los elementos que la garantizan” y por la cantidad de casos en los que se ha discutido el tema de la eutanasia pasiva, parece condonar la penalización del acto en sí mismo. (O’reilly, 2010).

No obstante lo anterior, mientras que la eutanasia activa está prohibida en Estados Unidos, el suicidio asistido está permitido en Oregon, Washington y Montana.

En 1997, Oregon legaliza el suicidio asistido donde el actor es el médico. El acto que reguló esta práctica indica los requerimientos que el paciente debe tener para que se le aplique.

1. El paciente debe ser mayor de edad, a la fecha del suicidio asistido debe tener 18 años o ser mayor.
2. Debe ser residente del Estado de Oregon
3. Ser capaz de tomar la decisión por sí mismo y expresarse de manera que no genere confusión sobre su deseo.

4. Debe haber sido diagnosticado con una enfermedad terminal o incurable, de característica irreversible y que permita presumir la muerte en un período no superior a 6 meses

Los pacientes que en Oregon, cumplen con estos requisitos se les permiten tomar una prescripción de un medicamento letal, aplicada por un médico debidamente autorizado para practicar en el estado de Oregon. El paciente además debe ser informado del posible tratamiento paliativo en caso de querer seguir viviendo.

La norma de Oregon también requiere que la División de Salud de Oregon se pronuncie sobre las provisiones que se hayan tomado en este sentido y que publique anualmente los pacientes que hayan optado por el suicidio asistido. El primero de estos reportes data de 1998, donde muestra que 23 pacientes solicitaron este servicio.

## 6. CORTE CONSTITUCIONAL VIDA Y MUERTE

En la sentencia C-591 de 1995, la Corte Constitucional establece una diferencia entre vida y persona. La vida comienza con la concepción, la persona con el nacimiento (en caso de que el nacimiento cumpla con dos requisitos adicionales: estar separado del cordón umbilical y haber respirado un instante siquiera). Dice la jurisprudencia:

“Según el artículo 90 del Código Civil, “La existencia legal de toda persona principia al nacer, esto es al separarse completamente de su madre”. Y de conformidad con el artículo 1019 del mismo Código, “Para ser capaz de suceder es necesario existir naturalmente al tiempo de abrirse la sucesión...” se deduce que la existencia legal comienza en el momento del nacimiento; y la vida, en el momento de la concepción”.

La Sentencia C 397, despenaliza la eutanasia en Colombia. Cuántas cosas mal se hicieron, cuántos derechos se vulneraron al pueblo en pleno de Colombia y cuántas acciones inconstitucionales se realizaron para sacar esta sentencia que deja a Colombia en limbo jurídico ya que el artículo 106 del Código Penal sanciona con prisión la eutanasia, y la sentencia la despenaliza.

### ¿Qué hacer al final de la vida?

La aplicación de la eutanasia, es uno de los principales dilemas éticos del final de la vida. Aún no discutido con amplitud en el ámbito colombiano. Y sin embargo tenemos la jurisprudencia que despenaliza la eutanasia y el suicidio asistido. Veamos, someramente lo que constituye un dilema ético.

La historia de la humanidad ha estado caracterizada por dos eventos naturales: nacer y morir. Desde la filosofía, la medicina, las ciencias sociales y las ciencias exactas, el hombre ha intentado explicar los distintos fenómenos que pueden hacer de la vida o la muerte un proceso antinatural y complejo. El auge tecno-científico en la sociedad contemporánea, y su incidencia en cuestiones inherentes al ser humano ha obligado a las múltiples disciplinas a orientar sus estudios hacia las condiciones de vida de los individuos, específicamente en el tema de salud. (Serrano, 2001)

Atender un paciente que se encuentra en etapa de gestación, o a una persona que por alguna razón de salud se aproxima a su deceso pareciera una situación propia del campo médico, no obstante, cuando la asistencia médica esta mediada por decisiones que generan impacto social, surgen dilemas éticos y morales que dificultan la comprensión de procedimientos como la eutanasia. Como bien lo plantea

González, (2002) “La mayoría de las polémicas sobre el concepto de vida tratan sobre la vida biológica y no sobre la vida psíquica, social ni ética del hombre. Lo mismo sucede con el concepto de muerte”. Es así, que desde disciplinas relativamente nuevas como la bioética, la biojurídica y la biopolítica se pretende explicar de manera pragmática los dilemas que surgen del concepto de vida y muerte. (Serrano, 2007)

El desarrollo científico y tecnológico aplicado a la medicina ha visibilizado una serie de procedimientos que constituyen dilemas éticos propios del inicio y final de la vida. (Miranda 2008) La fecundación In vitro, la Inyección ICSI, el diagnóstico preimplantario, o cualquier tipo de manipulación genética en el inicio de la vida, se convirtieron en el centro del debate ético, religioso y racional de la sociedad global. Del mismo modo la eutanasia como dilema ético del final de la vida es uno de los principales retos del médico, del residente y en general de las personas que dedican su vida a la prestación de servicios de salud. Sanz, (2000) hace una síntesis de la aparición de los dilemas éticos:

“Hasta hace apenas unas décadas eran pocos y leves los problemas éticos relacionados con el inicio y final de la vida. Las situaciones de enfermedad crónica terminal no eran frecuentes y el fervor eutanásico no existía. La asistencia sanitaria plantea en la actualidad cada vez más problemas, que no están sólo relacionados con la vertiente médica, sino también, y de manera muy intensa, con el mundo jurídico y el complejo mundo de los valores éticos. Los protagonistas son los pacientes y sus familiares, los profesionales y la sociedad en general. Las situaciones crónicas enfrentan al ser humano a su esencia más profunda: la indigencia y la fragilidad, el dolor físico y el dolor espiritual. Existen situaciones reales concretas en

las que algunas personas desean morir antes que seguir viviendo es una realidad incontrovertible desde que el ser humano puebla la tierra”. (Sanz, 2000)

Gran parte de los dilemas éticos y morales surgen en un marco de estructuras jurídicas y políticas de una sociedad que se expone a un debate ético-racional, complejizando la aceptación o el rechazo de distintas conductas de los individuos. Entonces la pregunta que surge es ¿Cómo legislar sobre dilemas propios de la vida humana cuando intervienen componentes médicos sociales, morales, políticos, y religiosos?, o como lo plantea Dworkin (1994), “¿Debería cualquier comunidad política hacer de los valores intrínsecos objeto de decisión colectiva en lugar de dejarlos a la elección individual?”. Estos son interrogantes que soportan la discusión que enfrenta la autonomía, la privacidad y el libre desarrollo de la personalidad, con el principio de inviolabilidad o sacralidad de la vida: Respecto al aborto y la eutanasia como dilemas éticos del inicio y el final de la vida Dworking plantea:

Tanto el aborto, que significa matar deliberadamente a un embrión humano en desarrollo como la eutanasia, que significa matar deliberadamente a una persona por benevolencia, son supuestos en los que se elige la muerte. En el primer caso se elige la muerte antes de que la vida en serio haya comenzado, en el segundo, después de que haya terminado. Cada una de estas elecciones ha sido condenada y defendida durante milenios. Pero las discusiones nunca han sido tan apasionadas y abiertas, las opiniones nunca tan divididas y la controversia sobre una de estas elecciones nunca ha estado tan íntimamente relacionada con la controversia sobre la otra” (Dworkin, 1994, p.9)

La alternativa para explicar los dilemas éticos propios del ser humano puede provenir desde una bioética de tipo multi o transdisciplinar donde diversas perspectivas (jurídica, filosófica, médica, biológica y política) tienen, en principio, la misma autoridad, y entre todas se va generando el diálogo plural y abierto que caracteriza la deliberación bioética, clave de sus juicios y decisiones. (González, 2002)

## **7. RESPONSABILIDAD DE ESTADO POR LA PRÁCTICA DE LA EUTANASIA**

Aunque una acción de responsabilidad estaría a la orden del día, porque es el mismo Estado el que está generando caos al contraponer una jurisprudencia que carece de la fuerza vinculante a una ley (código penal) no ha habido acciones de responsabilidad.

En el salvamento de voto de la Sentencia C 239 de 1997 el Magistrado José Gregorio Hernández señala aspectos a tener en cuenta en materia de responsabilidad ya que el poder judicial, entró a legislar con dicha sentencia:

“La Corte Constitucional puede dictar sentencias condicionadas o interpretativas, con el objeto de evitar la forzosa inexecutable de una norma que admite varias interpretaciones, unas ajustadas a la Carta y otras contrarias a ella, para lo cual, como ha ocurrido varias veces, el correspondiente fallo identifica los sentidos del precepto que se avienen a los postulados y mandatos constitucionales, declarando su executable, a la vez que hace lo propio con el entendimiento contrario a la Constitución, declarando su inexecutable. De tal modo que, bajo tales supuestos excepcionales, la disposición objeto de examen es executable solamente si es entendida y aplicada en su comprensión

constitucional, según el análisis de la Corte y de acuerdo con lo dispuesto por ella.”

“Una cosa es condicionar el fallo, advirtiendo que sólo determinada interpretación de la ley se ajusta a la Constitución, y otra muy diferente crear una nueva norma jurídica que deba agregarse obligatoriamente a la declarada exequible. Esta última tarea corresponde exclusivamente al legislador. Y en esta oportunidad la Corte ha introducido una causal de justificación del homicidio piadoso, circunscribiéndola al caso del médico respecto de un enfermo terminal. Para concluir que estamos frente a una función materialmente legislativa basta observar que, así como se hizo consistir la justificación del hecho en el consentimiento del enfermo, bien habría podido plasmarse como tal el asentimiento de su familia, o el de una autoridad pública; y que, al igual que se cobijó con ese trato diferente al médico homicida, se habría podido favorecer al confesor, a un familiar o a un amigo de la persona; y que, en la forma como se aplicó al enfermo terminal se habría podido referir a cualquier enfermo, o a quien padeciera determinadas dolencias vergonzantes o una de aquellas que exigen tratamientos muy costosos” (Salvamento de voto, Magistrado José Gregorio Hernández.)

Con esta Sentencia, la Corte Constitucional modificó, sin señalar motivos, su propia jurisprudencia sobre el derecho a la vida, plasmada, entre otras, en las sentencias C-133 del 17 de marzo de 1994 y C-013 del 23 de enero de 1997. Del primero de esos fallos puede destacarse lo siguiente, que resulta abiertamente contrariado por la decisión de la fecha:

“El derecho fundamental a la vida, cuya existencia se limita a constatar la Carta Política, es el más valioso de los bienes que se reconoce a todo individuo de la especie humana, y el sustrato ontológico de la existencia de los restantes derechos.

El derecho a la vida en el ordenamiento jurídico constitucional, constituye indudablemente el reconocimiento y la efectividad de un valor esencial como es la vida humana (Preámbulo y artículos 2° y 11).

Salvamento de voto del Doctor Vladimiro Naranjo Mesa:

Con el condicionamiento aprobado por la mayoría a una norma legal que se declara exequible, la Corte ha entrado a legislar, esto es, ha adoptado una decisión que evidentemente es del resorte de legislador. Y lo ha hecho, a mi juicio, de manera ligera, al consagrar, a través de ese condicionamiento, excepciones a la norma -artículo 326 del Código Penal- que sanciona la eutanasia. Es decir, que a través de esta Sentencia se ha legalizado en Colombia una de las modalidades de eutanasia, en un acto que me atrevo a calificar de insólito, ya que son muy contados los países en el mundo que se han atrevido a dar este paso, y no lo han dado por la vía jurisprudencial, sino por la legislativa, -que es la adecuada-, tras prolongados debates y discusiones a nivel de los distintos estamentos sociales.

## 8. CONCLUSIONES

Todo acto eutanásico, sea activo o pasivo, directo o indirecto, consentido o no, persigue el mismo objetivo, poner fin a la vida del paciente, así posea una motivación altruista, por lo tanto siempre será homicidio y estará en contra de los principios y objetivos mismos del acto médico. A nivel mundial, la tendencia de las asociaciones médicas y éticas es la de favorecer un adecuado cuidado paliativo, evitar el encarnizamiento o ensañamiento terapéutico y mejorar las estrategias para poder ofrecer una buena muerte y rechazando la eutanasia.

Aunque existe una sentencia de la corte constitucional que despenaliza la eutanasia en casos muy específicos, no existe en las reflexiones de la corte ningún argumento que sugiera que se recomienda practicar la eutanasia ni mucho menos que esta sea obligatoria para el médico. Que las personas tengan el derecho a quitarse la vida o ha dejarse morir, no significa que otras personas (como el médico) tengan la obligación de ayudarlos.

La dignidad humana implica que el poseedor de la misma nunca la pierde y por lo tanto su vida siempre merecerá respeto, aún si la persona no quiere seguir viviendo, en cuyo caso una cosa sería consentir en permitirlo, y otra muy distinta colaborar para buscar su muerte.

Enseñar técnicas para buscar activamente la muerte es contrario al fin último y primordial de la medicina y atentaría en contra de lo que la misma sociedad espera de ella. Por lo tanto la educación en medicina nunca podría orientarse a favorecer estas habilidades, menos aún cuando hay otras formas o técnicas para asegurar al paciente una buena muerte sin provocársela.

Unos adecuados cuidados paliativos, que busquen una atención integral al enfermo terminal e incluyan todos los aspectos (físicos, morales y espirituales), y respeten también su derecho a asumir su proceso de muerte, es la actuación éticamente correcta, más acorde con una muerte digna sin que se de lugar a un homicidio pietístico “digno”.

Es claro que la muerte, como tal vez pudo serlo en el pasado, no es hoy la única salida al sufrimiento y a la agonía del moribundo y es mucho más humano, más ético y más respetuoso de la libertad y dignidad humana propender por mejorar

cada vez más las muchas maneras actualmente disponibles para asegurar al paciente una buena muerte sin tener que prolongar insensatamente su vida ni acelerar innecesariamente su muerte.

Hay pocos países en el mundo que permiten la eutanasia y el suicidio asistido. Sin embargo la legislación en estos países es completamente clara y no permite excepciones. El caso Colombiano es sui generis porque a pesar de que el Código Penal sanciona la eutanasia, la jurisprudencia la despenaliza en algunos casos, generando así confusión sobre el asunto, porque además a la fecha dicha jurisprudencia no ha sido reglamentada por la ley colombiana.

El vacío jurídico que lo anterior genera, ha hecho que solamente unos pocos Doctores, siendo el más conocido el Doctor Gustavo Quintana, hayan practicado la eutanasia activa en Colombia.

Es importante que antes de hablar de eutanasia, el Estado Colombiano se dedique a tener una política de salud de calidad que llegue a todos los ciudadanos sin importar el estatus económico. De hecho, es importante esperar y exigir del Estado que el sistema de salud sea primero que todo, eficaz y que tenga una amplia cobertura donde todas las personas puedan tener acceso a tratamientos que garanticen su calidad de vida, en un primer lugar. Ya después de esto se puede entrar a analizar cada caso concreto, desde una perspectiva compasiva, de amor, de respeto por los derechos humanos del otro y de trascendencia de vida, pues somos seres espirituales teniendo una experiencia corpórea.

En Colombia, en el año 2013 se promovió un proyecto de ley por el senador Armando Benedetti en el que se buscó reglamentar los aspectos fundamentales que la

jurisprudencia de 1997 (hace más de 16 años) permitió, sin que hasta la fecha nadie haya reglamentado. El caso es de vital importancia porque se requiere estabilidad jurídica tanto para los pacientes que solicitan el servicio, como para los médicos que lo aplican, sin que por ello vayan a ser penalizados con prisión. La discusión queda abierta.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aristóteles, Política. Edición Original: ca. 330 AJC Edición Electrónica: 2007. [http://www.laeditorialvirtual.com.ar/páginaes/Aristoteles\\_LaPolitica/Aristoteles\\_LaPolitica\\_000.htm](http://www.laeditorialvirtual.com.ar/páginaes/Aristoteles_LaPolitica/Aristoteles_LaPolitica_000.htm)
- Brody, Shlomo (19 November 2009). "Ask the Rabbi: 'Passive euthanasia'". Jerusalem Post. Retrieved 6 January 2012
- Broekman J. (1999) Bioética con rasgos jurídicos. Temis. Colombia.
- Condic M. 2003. Life: Defining the Beginning by the End. American Journal of Medicine. First thing. Issue May 2003.
- Gafo, Javier. La Eutanasia, Temas de hoy, Madrid, 1989
- Gracia, Diego. Historia de la eutanasia, UPC, Madrid, 1990
- Guerra Y. Medicina y Derecho, El control de la vida y la muerte del individuo a través de la norma. Revista Prolegómenos - Derechos y Valores - pp. 67 - 77, 2012 - I.
- Guerra Y. Bioética, trasplante de órganos y Derecho Penal en Colombia. Revista Prolegómenos - Derechos y Valores 2011.
- Guerra Y. Responsabilidad del Estado por Trasplante de órganos. Revista Principia Iuris, Núm. 17, Enero 2012
- Guerra Y. Bioética y Tecnoética. Alternativas para un mundo deshumanizado. Colección Bioética UMNG. 2012
- Manning, Michael. Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: Killing or Caring. Maryland 2010
- Singer. P. 2004 Rethinking life and death: The Collapse of Our Traditional Ethics \_\_\_\_\_ 1993 Taking Life: Humans, Excerpted from Practical Ethics, 2nd edition, 1993.
- Tenna Arregui, Rodrigo. Derecho penal de las personas. Consultado en <http://hayderecho.com/2012/10/29/la-eutanasia-en-espana/>, el 10 de abril de 2013.
- O'Reilly, Kevin B. (January 18, 2010). "Physician-assisted suicide legal in Montana, court rules
- Sentencias:
- C 239 de 1997
- C 355 de 2004
- C 133 de 1994
- C 013 de 1997
- Salvamento de voto Sentencia C 239 de 1997 Dr. Vladimiro Naranjo Mesa.
- Salvamento de voto Sentencia C 239 de 1997 Dr. José Gregorio Hernández.