

Eutanasia

Limitaciones y recomendaciones de acceso desde los sistemas de salud y los derechos humanos: estudio comparado entre Colombia y Holanda

Euthanasia

Limitations and recommendations of access from health systems and human rights: Comparative study between Colombia and the Netherlands

*María Victoria Alfonso Hernández**

*Jesús Alercio Ortega Bolaños***

Fecha de recepción: 30/03/22

Fecha de aprobación: 30/04/23

RESUMEN

Siendo la eutanasia un tema de relevancia para la salud pública, resulta interesante abordar la manera en la que es concebida en Colombia y realizar un estudio comparado frente a un país que ha sido abierto en relación con su práctica y acceso, como es el caso de Holanda.

Palabras clave: eutanasia, muerte, derechos humanos, Colombia, Holanda, Salud Pública.

ABSTRACT

Euthanasia is a subject that has different levels of acceptance in the world, it is interesting to approach the way in which it is conceived in Colombia and carry out a comparative study with Netherlands, a country that has been very liberal in relation to its practice and access.

Keywords: euthanasia, death, human rights, Colombia, Netherlands, public health.

* Abogada egresada de la Universidad Nacional de Colombia, estudiante de cuarto semestre de Medicina de esta misma universidad. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: mvalfonsoh@unal.edu.co

** Md. Esp. Epidemiología. M-Sc. Salud Pública. Ph.D. Ciencias Sociales Niñez y Juventud. Docente Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina Universidad, Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: jesaortegab@unal.edu.co

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente artículo es identificar limitaciones y complicaciones que en Colombia se gestan frente a solicitudes de pacientes que desean una muerte digna mediante la eutanasia y lograr con ello el planteamiento de recomendaciones que permitan obtener un mayor número de respuestas favorables frente a las súplicas de deceso; todo esto mediante la realización de un estudio comparado entre los modelos de acceso a la eutanasia instaurados en Colombia y Holanda, fundamentado en cinco puntos, a saber: el desarrollo de la eutanasia, enmarcado en la historia, el sistema de salud, el talento humano, el perfil político jurídico existente y el modelo de acceso a la eutanasia que es aplicado.

Es preciso mencionar que la eutanasia se entiende como la acción activa adelantada por un médico con el propósito de producir la muerte sin dolor de un paciente que previamente pidió ser objeto de tal procedimiento, para poner fin a un sufrimiento que definitivamente resulta intolerable (Rodríguez, 2001). Son tales las implicaciones sociales, jurídicas, éticas y médicas que involucran la mencionada práctica, que a la fecha resulta ser un tema de difícil manejo dentro de una población; sin embargo, legalmente se encuentra respaldado por el derecho fundamental a morir dignamente, entendido como una extensión del derecho a la vida y a la dignidad, tal y como se considera a nivel internacional (Aguilera y González 2012) y se plasma a nivel nacional en la Resolución 229 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano.

Realizando un recorrido internacional por los índices de eutanasias practicadas en el mundo, así como por los modelos de muerte digna desarrollados en cada país en los que la práctica se considera legal, se encuentra a Holanda como el primero en reglamentar el procedimiento de manera activa (Lampert 2019) y que hoy en día reconoce con mayor ímpetu la capacidad de un paciente de solicitar su muerte. Es, por tanto, y a la luz de la necesidad de proteger los derechos humanos que se involucran con el acceso a las prácticas de muerte digna, específicamente de la eutanasia en Colombia, que se considera a Holanda como un modelo de comparación y punto de partida para el mejoramiento del modelo de prestación de la práctica por estudiar.

El desarrollo de la presente investigación se enmarcó dentro de las cinco aristas de comparación previamente señaladas y que se relacionan a continuación, para finalizar con unas reflexiones acerca de la viabilidad que existe en Colombia para acceder a la mencionada práctica y unas propuestas de complementariedad al modelo colombiano.

Tabla 1. Elementos de comparación investigados con relación a la Eutanasia entre Holanda y Colombia

	Holanda	Colombia
Historia Recorrido por el desarrollo de la práctica dentro del país	El inicio de la práctica se presenta desde el actuar clandestino de médicos que buscan poner fin a los sufrimientos de sus pacientes.	La motivación frente al desarrollo se da desde las decisiones judiciales de las altas cortes del sistema judicial del país.
Sistema de salud Caracterización del sistema y sus principales componentes	Su sistema se basa eminentemente en el modelo bismarkiano de tradición alemana que sigue los estándares de los seguros.	Categorizado principalmente como un sistema guiado por el Estado de bienestar, que propende por la solidaridad y la equidad.
Talento humano Relación del perfil ético moral de los profesionales de la salud	Dentro del personal de la salud la práctica se encuentra aceptada y alrededor del 85% de los médicos están dispuestos a practicarla.	La práctica es un poco más rechazada y los niveles de abstención y objeción de conciencia suelen ser mayores.
Perfil político jurídico Contextualización de los avances político jurídico en la materia	A partir de la Ley de 2001, los procedimientos se adelantan con estricta observancia de los parámetros establecidos y se controlan por comités especiales.	Dada la falta de legislación concreta en el tema, las decisiones más destacables con relación al acceso a la eutanasia son lideradas por las decisiones judiciales.
Modelo de acceso Rutas a seguir frente a la solicitud de la practica	Se vale de figuras como el médico de cabecera para estudiar y tomar la decisión en relación con la solicitud de la práctica.	Las solicitudes se tramitan en el ámbito administrativo de las EPS y en caso de requerirse, se trasladan al ámbito judicial mediante tutelas.

Fuente: elaboración propia.

HISTORIA DE LA EUTANASIA

“Como sabes, nos espera al final una muerte vergonzosa, y bien nos lo ha hecho comprender Antonio. Deseo, pues, salir de esta red, no para huir de la muerte, sino para buscar otra mejor”.
Carta xx, Cicerón a Ático (Cicerón, s. f.)

Desde tiempos antiguos, se ha acuñado en el mundo la palabra *eutanasia*, haciendo referencia con ella a la buena y gloriosa muerte. Cicerón, en Roma, la rescata como la salida hacia un mejor deceso, mientras que más adelante en el cristianismo es censurada junto con el suicidio al considerarse una práctica en contra de la vida para poner fin a un sufrimiento que Dios mismo otorgaba a los mortales.

Variadas han sido sus concepciones y reacciones personales e institucionales frente a ellas, pero no es sino hasta la llegada del Renacimiento que el término recobra un real significado que hasta la fecha se mantiene, al ser considerada como el buen morir. Resulta entonces que la eutanasia es el mecanismo a través del cual se accede a una muerte digna que pone fin a intensos sufrimientos que han llegado a desfigurar la vida misma (Bont *et al.*, 2007). Más adelante, en el siglo XIX, Karl Marx describe dentro de *Eutanasia médica*, su tesis doctoral, la imperiosa necesidad de educar a los médicos en el cuidado de los enfermos en sus etapas terminales, teniendo en consideración la existencia de la eutanasia (Barreto Vaquero, 2004).

El mecanismo de la eutanasia ha empezado a tener presencia a nivel mundial, no solo en las sociedades, dentro del conocimiento de las personas y de manera extraoficial, sino concretamente dentro de sus legislaciones, ya sea penalizando su práctica o creando rutas de acceso a través de sus sistemas de salud. En vista de tal inclusión en las dinámicas sociales y con el propósito de dar cumplimiento a los objetivos previamente esbozados, se pasa a realizar un breve recorrido por la historia de tan discutida práctica en cada uno de los dos países objeto de estudio.

En Holanda

Para 2001, fecha en la que el parlamento legisló los temas relacionados con la eutanasia, dando vía a su práctica, el país ya había pasado por una serie de discusiones en las que se debatía si a un médico se le permitía responder a las súplicas de sus pacientes para proceder con ella. Sin embargo, durante todo ese tiempo precedente a la entrada en vigencia de la ley, el parlamento no realizó ningún pronunciamiento destacable al respecto y muchos de los proyectos de ley quedaron estancados, desconociendo los esfuerzos de los diferentes comités creados para ello; situación que, debido a los vacíos legales existentes, trasladó la toma de decisiones en relación con el procesamiento penal de los médicos que llevaban a cabo la interrupción de la vida de las personas que así lo solicitaban, a la rama del poder judicial; en esta, los tribunales empezaron a marcar toda una línea jurisprudencial con los debidos parámetros para la práctica de la eutanasia, decisiones que no solo involucraban a las partes en el asunto en concreto, sino que se empezaron a ser consideradas como regla para todos los tribunales (Tak, 2003).

Dentro de las decisiones de la época más destacables se encuentra la tomada en 1973 por el Juzgado del Distrito de Leeuwarden en el *Caso Postma*, en el que una médica resulta ser procesada tras haber practicado la eutanasia a su madre, quien, padeciendo graves complicaciones de salud, la solicitaba manifestando no

soportar más los dolores físicos que estas le causaban. Al respecto, se condena a una semana de inhabilitación a la procesada y se formulan tres condiciones para la práctica de la eutanasia sin endilgar responsabilidad al médico tratante: 1) cuando el paciente tenga una enfermedad incurable; 2) que física o psicológicamente esté atravesando por un grave sufrimiento; y 3) que el paciente haya manifestado por cualquier medio su intención de poner fin a su vida y recurrir a la eutanasia.

Con el paso del tiempo, diversas situaciones similares llegaron a los tribunales y, con estos, la necesidad de ampliar las condiciones debido a las particularidades que se presentaban. Así las cosas, se agregan las siguientes: 1) la persona encargada de practicar la eutanasia será un médico profesional; y 2) el médico debe informar al paciente acerca de las alternativas que existen y las posibilidades de tratamiento (Tak, 2003).

Según Tak (2003), una vez promulgada en 2001 la ley de interrupción de la vida a petición, se contemplaron seis aspectos trascendentales, a saber:

1. El médico debe estar completamente convencido de que la petición del paciente es totalmente voluntaria y que ha sido lo suficientemente estudiada para creer que no es una decisión momentánea.
2. El paciente debe sufrir una condición de salud insoportable y el médico debe estar convencido de que su situación no va a mejorar de ninguna manera.
3. El médico debe informar completa y suficientemente al paciente su condición médica y comunicarle lo mejor posible la evolución o curso de la enfermedad que padece.
4. El médico y el paciente deben llegar juntos a la conclusión de que no existe ninguna solución frente al padecimiento.
5. El médico que adelante el procedimiento debe consultar con otro médico que igualmente haya visto al paciente y bajo su propio criterio haya determinado viable la eutanasia.
6. El médico debe tratar al paciente durante el procedimiento con todo los cuidados y atenciones posibles.

Con todo lo anterior, se sabe que a la fecha la práctica adelantada por un médico, bajo la debida observancia de las condiciones anteriormente esbozadas, está completamente justificada y le permite a la población holandesa solicitar la interrupción de su vida de manera digna.

En Colombia

Al entrar a estudiar la historia de la eutanasia en Colombia y más específicamente los debates sobre la despenalización de los médicos que adelantan la estudiada práctica, se evidencia que el camino ha sido un tanto parecido al recorrido en Holanda, dados los avances y pronunciamientos que el poder judicial ha tenido que realizar en relación con el tema frente a los vacíos e indecisiones legislativas presentadas.

La llegada de la nueva carta magna al país en 1991 marcó, sin lugar a duda, la nueva era. Con ella llegó la consagración constitucional de los derechos humanos, el control constitucional y arribó el mecanismo de acceso y protección de las cartas de triunfo (en palabras de Dworkin), conocido como *tutela*. Para 1997, todos los ciudadanos conocían la nueva Constitución y hacían uso de las herramientas otorgadas, entre ellas destaca en ese año la demanda de inconstitucionalidad promovida por un ciudadano en contra de la tipificación del homicidio por piedad consagrado en el Código Penal del momento. El accionante demanda que, bajo su argumento, procedía toda vez que la pena impuesta al autor de tal homicidio era relativamente inferior en comparación con otros delitos, lo que para él representaba una falta de respeto por la vida y la integridad de los seres humanos. La Corte Constitucional (C-239/1997) resuelve tal asunto asegurando que el homicidio por piedad es un reflejo de la práctica de interrupción de la vida, cuando esta se encuentra completamente desfigurada y cuya dignidad es inexistente. Adicional a ello, el Tribunal justificó la práctica que adelantan los médicos cuando: 1) el paciente es un enfermo terminal; 2) este presenta severos y graves sufrimientos; 3) el paciente solicita expresamente su deseo de interrumpir su vida, estando en pleno uso de sus capacidades mentales; y 4) quien practica la eutanasia es un médico.

En esta misma decisión, la Corte Constitucional exhorta al Congreso de la República a legislar todo lo que concierne a la eutanasia. Sin embargo, en 2014, y aún sin una legislación clara, se presenta un debate similar ante la corporación constitucional (T-970/2014) en la que, además de reiterar lo mencionado en la sentencia del año 1997, se ordena al Ministerio de la Salud y la Protección Social proferir una guía tanto para prestadores de la salud como para pacientes acerca de cómo acceder a la práctica de la eutanasia, lo que da lugar a la Resolución 1216 del 20 de abril de 2015, en la que se pretende otorgar “directrices para la conformación y funcionamiento de los Comités Científico-Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad, los cuales actuarán en los casos y en las condiciones definidas en las sentencias C-239 de 1997 y T-970 de 2014” (Díaz-Amado, 2017). Dicha resolución recientemente fue derogada por la promulgación de la Resolución 971 de 2021, “por medio de la cual se establece el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer Efectivo

el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia”, en la que se pretende precisar las reglas de acceso.

Después de esto, la población colombiana igualmente cuenta con la posibilidad de solicitar la práctica de la eutanasia, aunque en el país el tema aún es ampliamente discutido e incluso, se puede decir, rechazado. Reflejo de ello, es la falta de legislación e interés de parte del Congreso de la República por determinar legalmente las condiciones para adelantar la interrupción de la vida de manera digna y guiada por los prestadores de salud.

SISTEMA DE SALUD

Dentro del estudio de las diferencias existentes entre la práctica de la eutanasia en Colombia y Holanda, resulta indispensable caracterizar los sistemas de salud que se encuentran en cada uno de los mencionados. Esto, intentando vislumbrar las particularidades que llevan a un mayor o menor acceso a la muerte digna de esta manera.

En Holanda

Comentado a nivel mundial se encuentra el sistema de salud holandés como un modelo debidamente equilibrado que logra alcanzar un acceso universal e integral a la salud, así como generar una sana y adecuada competencia de mercado entre las instituciones que componen la estructura del sistema. Causa de estos logros, se encuentra el papel que desempeñan los prestadores de salud privados, al ser los únicos encargados de otorgar los servicios del sector, aunque vigilados por el estado (Zapata, 2013). Esto, sin lugar a duda, supone una competencia que incentiva la excelencia y, por tanto, el cuidado adecuado de la salud de los holandeses.

Si bien cada ciudadano se encuentra en la obligación de cancelar una prima después de contratar un seguro de salud, el Estado cuenta con un fondo especial destinado a cubrir el riesgo que el sistema presenta respecto a aquellos ciudadanos que podrían dejar de cancelar sus primas por alguna situación en concreto; de igual forma, ayuda a aquellas personas que, por tener un reducido ingreso laboral, no pueden contratar el mencionado seguro, como también a menores de 18 años. Por tales características, el sistema de salud se cataloga dentro de un modelo bismarckiano de tradición alemana propio de un Estado de bienestar, pero, tal y como lo menciona Philippe van Paris (2004), a la fecha ningún Estado logra identificarse con un modelo puro, por lo que en el caso holandés su inclinación se ve marcada por el mencionado bismarckismo, pero se modula con la influencia de otras ideologías.

El servicio de salud, entonces, considerado como un seguro contratado, cuenta con servicios sanitarios y atención especial para enfermedades catalogadas como de alto costo, incluyendo además la posibilidad de contratar seguros privados complementarios. Pero dada la gran importancia que le otorgan a la atención primaria centrada principalmente en la atención preventiva, esta es otorgada por centros de salud públicos dispuestos para cumplir con las funciones que supone la prevención de enfermedades y alteraciones de la salud en general. Todos los servicios de salud se rigen por la existencia de un médico de cabecera, quien será el encargado de las respectivas valoraciones y posteriores remisiones a los especialistas que se requieran; sin embargo, se rescata que aproximadamente solo el 4% de las atenciones adelantadas por el médico de cabecera son remitidas a los especialistas (Zapata, 2013).

Como relata Patricia Zapata (2013), el financiamiento de todo el sistema se estructura en tres compartimentos que representan diversos niveles de atención. En el primero se encuentra un nivel consistente en un plan de seguro social de salud obligatorio, que cubre enfermedades de largo tratamiento y que es financiado por contribuciones de los ciudadanos, desde sus salarios mensuales. El segundo compartimento responde igualmente al plan de seguro social obligatorio, cubriendo toda la medicina asistencial, y se financia mediante contribuciones de dos maneras: la primera, mediante el pago de la prima fija, realizado de manera directa, y la segunda, a través de los descuentos que realiza el empleador y que posteriormente dirigirá al fondo de seguro de salud. El tercer y último compartimento supone el pago de un plan complementario de salud que se cancela de manera voluntaria.

En Colombia

Por otro lado, el sistema de salud colombiano basado en aseguramiento se desarrolla más a la luz de los modelos de Estado de bienestar relacionados con la solidaridad y la equidad (Van Paris, 2004). Su esencia se presenta como un servicio público esencial obligatorio a cargo del Estado, cuyas instituciones prestadoras pueden ser públicas o privadas siguiendo los parámetros establecidos en la ley que regula todo el sistema de seguridad social (Ley 100 de 1993). Bajo este modelo, igualmente se propende por la existencia de una competencia de mercado entre los prestadores, en busca de anhelados incentivos (Reina, 2021), superando, claro está, las fallas del mercado.

El Sistema de Seguridad Social en Salud se erige en el país después de 2015, como un derecho irrenunciable, característica definitoria que responsabiliza al Estado a velar por su continua garantía y protección, todo enmarcado dentro de los principios contemplados en la Ley 100. Entre estos, la solidaridad, vista

como la articulación de los esfuerzos entre las personas, los sectores, así como las regiones; la universalidad, marcando una garantía de acceso a todas las personas sin distinción alguna; la integralidad, destacando el sistema como un mecanismo de protección frente a cualquier tipo de contingencia y la eficiencia, denotando la debida y correcta utilización de los recursos.

Al hablar de los beneficiarios, el sistema contempla dos modelos de afiliación, por un lado, el régimen contributivo en el que trabajadores y pensionados realizan sus correspondientes aportes al sistema y, en segundo lugar, el régimen subsidiado para las personas que no cuentan con capacidad de pago o que de manera general se encuentran por fuera del régimen contributivo. Dentro de los servicios prestados, tanto en régimen contributivo como subsidiado, están los servicios de urgencias, atención de medicina general, odontología, atención de especialistas y otros de bajo costo y complejidad, incluyendo además algunos tratamientos para enfermedades de alto costo que igualmente se encuentran amparadas por el sistema de salud. Para el presente año en curso, el conocido Plan de Beneficios en Salud [PBS] con cargo a la Unidad de Pago por Capitación [UPC] se actualizó bajo los lineamientos del Ministerio de Salud (2021), incluyendo 654 procedimientos médicos más, alrededor de 309 pruebas de laboratorios clínicos, entre otros servicios relevantes que incluyen un cubrimiento elevado de medicamentos para las patologías que presentan gran impacto en el país.

La financiación del sistema se encuentra dada por las contribuciones de los afiliados y los importantes aportes realizados por el Estado, que para el régimen subsidiado incluye recursos propios territoriales y transferencias fiscales para garantizar la prestación de los servicios (Guerrero *et al.*, 2011).

TALENTO HUMANO

El perfil ético moral que ostenta el talento humano en cada uno de los sistemas de salud analizados, tras considerarlo como un determinante importante dentro de la práctica de la eutanasia y sus implicaciones frente a las decisiones que autónomamente toman los pacientes, resulta ser de estudio necesario. Siendo así, vale la pena mencionar que la medicina desde la Antigüedad se ha visto enmarcada y afiliada a una importante serie de afirmaciones éticas y morales que no solo han motivado la organización de los sistemas de salud, sino que también han marcado el actuar médico a la luz de la filosofía instaurada por Sócrates e Hipócrates, estableciendo la relación que debe existir entre el servicio médico y el paciente, o, más específicamente, su vida.

Tales aportes han llevado a lo que se conoce como *deontología*, para denotar el estudio ético de las obligaciones que comportan el actuar profesional, en este

caso el médico. Se parte, entonces, de la deontología médica para entender el actuar y su directa relación con la práctica de la eutanasia, como se muestra a continuación.

EN HOLANDA

Para entrar a analizar la ética que envuelve el actuar del médico holandés, ya sea que practique la eutanasia o no, es necesario recordar uno de los requisitos claramente estipulados para proceder con la eutanasia en la ley promulgada en 2001; es decir, la necesidad que existe de que el sufrimiento del paciente sea completamente insoportable y no exista manera alguna de curar o mejorar su condición. Tal punto de partida marca entonces la consideración fundamental que todo médico debe tener frente al paciente y su padecimiento, consideración que indiscutiblemente va a influir en las determinaciones éticas y morales que el médico en cuestión tome.

Frente a lo anterior, la Real Asociación Médica Holandesa, sociedad fundada en 1849 con el propósito de crear condiciones óptimas para el ejercicio médico y guía de los estudiantes de Medicina, relacionadas con la ética, el derecho sanitario y la promoción de la salud (KNMG, s.f.), manifiesta que la condición de que el sufrimiento que motiva la solicitud de la eutanasia sea insoportable y no cuente con perspectiva alguna debe ser considerada un requisito *sine qua non* desde un punto de vista eminentemente médico respondiendo al cuidado y preservación de la vida en todo momento, en el que no se acepte un criterio simplemente subjetivo del paciente de que quiere dar por finalizada su vida bajo el entendido de que esta ha perdido fundamento, sino que bajo la consideración profesional se verifique que en realidad el padecimiento resulta insuperable y que, aun adelantando todos los mecanismos de curación y tratamiento, su situación no presenta mejoría (Eijk, 2012). Partiendo de esto es que los médicos deben tomar su determinación de participar en la práctica de la eutanasia o manifestar alguna objeción de fondo que lo aparte definitivamente del caso.

Siendo así y bajo la consideración de la Real Asociación nombrada previamente, los médicos en Holanda reconocen el inconmensurable valor de la vida y su protección hasta última instancia, pero esto no va en contravía de la determinación médica de poner fin a un sufrimiento que, completamente evaluado, estudiado y considerado, no tiene otro tipo de solución y que llega a desfigurarse a tal punto el concepto de vida que resulta más humano poner fin a ella. Desde esta aclaración, es que se conoce que aproximadamente solo el 15% de los médicos en todo el país presentan algún tipo de objeción que se ve principalmente enmarcada por fundamentos religiosos (Eijk, 2012), caso en el que la relación médico paciente se disuelve y se trasladada a otro profesional que entra a valorar la petición,

ojalá a solicitud del mismo paciente. Todos los demás reconocen la esencia que representa la posibilidad de adelantar una eutanasia y el fin que esta persigue, sin limitarse a creer simplemente que se pone fin a una vida. Vale mencionar que toda la consideración de la eutanasia se hace desde una lectura restrictiva a la ley y a la luz del Código para la práctica de la eutanasia (DMD, 2016) creado por los Comités Regionales de Revisión de la eutanasia, lo que da muestra del completo y amplio control que tiene la práctica denotando no otra cosa sino la protección de la vida, desde la consideración de mayor bienestar y tranquilidad posibles.

EN COLOMBIA

En relación con la ética médica que envuelve el actuar de los profesionales colombianos, el tema se torna un poco más complicado en el país al hablar de eutanasia. Siendo una población principalmente católica y, por tanto, conservadora, las opiniones que se han gestado con el paso de los años respecto a la eutanasia y sus implicaciones éticas han sido muy variadas y divididas no solo entre los profesionales de la salud sino entre la comunidad en general. En 1999, se realizó en el país un estudio encaminado a vislumbrar el sentir frente a la eutanasia de los médicos que trabajan con pacientes terminales; de esto se obtuvo que cerca del 40% de ellos estarían dispuestos a practicar la eutanasia si sus pacientes la solicitan y están sufriendo desmedidamente (Rodríguez Jurado y Rodríguez Holguín, 1999).

Para 2017, la Corte Constitucional, en su labor de dar solución a los requerimientos en relación con la tutela de derechos fundamentales, solicita el concepto de la Fundación Colombiana de Ética y Bioética del país, para dirimir un asunto relacionado con la eutanasia (Sentencia T-721/17); dentro de su perspectiva, destaca la manera en la que se concibe al ser humano como una “unidad corpóreo-espiritual” en la que cualquier acción que se cometa contra su corporeidad va a afectar a toda la persona humana, de ahí que el concepto de la búsqueda de dignidad dentro de la práctica de la eutanasia no tiene sentido, dado que de nada sirve pretender otorgar dicha plenitud al espíritu cuando corpóreamente se ha procedido con la muerte. Tal concepto marca, entonces, para la mencionada fecha una negación completa a la práctica de la eutanasia de una organización que para el país refleja cierta autoridad.

El 2021, una encuesta de Invamer, una de las principales firmas encuestadoras del país, arrojó que el 72.5% de la población en general está de acuerdo con la práctica de la eutanasia (DESCLAB, 2021), sin embargo, este resultado no se enfoca específicamente en la percepción médica.

Posteriormente, la alta corporación constitucional solicita concepto del Colegio Médico Colombiano para brindar una decisión frente a la práctica de la eutanasia

en pacientes no terminales frente a la discusión abordada recientemente en 2021 y plasmada en la sentencia C-233/21. En dicha oportunidad, el Colegio responde asegurando respecto a la práctica de la eutanasia que esta es “una conducta humanitaria, compasiva, justa y necesaria, basada en la solidaridad, destinada a que una persona pueda llegar al fin serenamente, sin sufrimiento y dolor, cuando existen medios médicos y científicos para el ‘bien morir’”.

Esto muestra, entonces, el origen de las marcadas discusiones que desde siempre se han desencadenado en el país y que contraponen el pensar de una comunidad conservadora y protectora de la vida, que llega incluso a considerarla como un simple hecho biológico que los médicos deben cuidar a toda costa (Merchán-Price, 2008), frente a la opinión un tanto más liberal que abre la puerta a la práctica de la eutanasia activa como un acto de humanidad y respeto por la autonomía y determinaciones de cada persona.

PERFIL POLÍTICO JURÍDICO DE LA EUTANASIA

El perfil político jurídico que luego de la correspondiente promulgación de la Ley de Interrupción de la vida a petición en Holanda y de la Resolución 1216 del 2015 en Colombia se ha venido desarrollando hasta llegar al día de hoy no muestra diferencias importantes en ambos países, que se describen a continuación.

En Holanda

Una vez la ley que dio luz verde a la práctica de la eutanasia en Holanda entró en vigor en el año 2002, se presentaron 1882 casos. Hoy, con un poco más de 20 años de expedición, se han practicado más de 75 297 eutanasias en pacientes que en su gran mayoría sufrían de cáncer, cardiopatías, esclerosis, entre otras afecciones (Ferrer, 2021). Tal y como fue mencionado desde la concepción ética que tiene el país frente a la eutanasia, en el ámbito político jurídico se muestra una gran acogida no solo a la ley de interrupción de la vida, sino de todo el mecanismo de acceso que se dispone para cada uno de los pacientes que solicita la práctica.

Con la creación de los Comités Regionales de Revisión como una recomendación realizada a la ley en 2012 (DMD, 2016), jurídicamente la eutanasia se encuentra blindada gracias a un exhaustivo estudio adelantado por dichos comités que, conformados por un jurista, un experto en ética y un médico, aseguran el cumplimiento de cada uno de los parámetros dispuestos para el adelanto de la práctica estudiada. Por esta razón, los casos que se remiten ante la autoridad competente por no haber sido efectuados conforme a la ley suelen ser muy reducidos.

El mencionado control anterior ha hecho entonces que la comunidad en su gran mayoría se encuentre a gusto con el desarrollo dado a la eutanasia en el país, lo que permite que las discrepancias políticas y jurídicas al respecto no sean materia de enorme discusión. A la fecha, se conoce que la ley holandesa cuenta con un respaldo del 87% de la población (Ferrer, 2021) y que, a medida que pasa el tiempo, se presentan las modificaciones necesarias al mecanismo de acceso a la eutanasia, en pro de otorgar la posibilidad de tomar la decisión de interrumpir la vida a toda la comunidad que cumple con los requisitos para hacerlo.

En Colombia

La trazabilidad del perfil político jurídico de la eutanasia en Colombia no resulta ser tan armónico ni fácil de esbozar, esto si se tiene en cuenta que, hasta la fecha, políticamente no existe una ley efectiva que contemple el acceso a la eutanasia por los vaivenes presentados en el legislador, como tampoco la tranquilidad jurídica dentro del desarrollo de la práctica, si se toma en consideración que varias de las peticiones realizadas en el país se han presentado a través de mecanismos constitucionales como la tutela, llevando a los pacientes a litigios innecesarios e incluso desgastantes.

Como se mencionó en su momento, el tema de la eutanasia en Colombia empezó a ser aterrizado sobre todo gracias a los aportes jurisprudenciales de las altas cortes que conforman el poder judicial del país. Pues bien, a la fecha, teniendo una exhortación clara al Congreso de legislar sin cumplir y una Resolución que si bien marca algunas directrices no resulta ser del todo concluyente, son las sentencias judiciales las que siguen marcando el rumbo de la eutanasia para los pacientes colombianos. Es así como desde 2015 hasta 2021, se han proferido alrededor de seis sentencias resolviendo cuestionamientos judiciales concretos y sujetos a las particularidades de cada peticionario (Córdoba Triviño, 2021), lo que da muestra del lento recorrido de la eutanasia en el país.

Frente a lo anterior, vale la pena hacer mención a la reciente decisión de la Corte Constitucional radicada bajo la referencia C-233/2021 en donde la corporación reitera su postura jurisprudencial respecto al acceso a la eutanasia, en los términos de requerir un consentimiento informado, la necesidad de contar con el apoyo y vigilancia médica para adelantar el procedimiento y el grave sufrimiento del paciente que lo solicita; sin embargo, en esta decisión modificó su postura respecto al requisito de ser un paciente terminal para poder acceder a la interrupción de la vida. Bajo la consideración de la alta Corte, continuar exigiendo tal condición representa un trato cruel e incluso inhumano para quien sin ser paciente terminal presenta un sufrimiento intenso. Adicionalmente, exhortó nuevamente al Congreso a legislar lo correspondiente.

Como lo menciona el exmagistrado de la Corte Constitucional Jaime Córdoba (2021), a la fecha se han presentado alrededor de 18 proyectos de ley que aspiraron a convertirse infructuosamente en la ley de regulación del derecho a la muerte digna, y aunque la Resolución 971 de 2021 derogó la mencionada Resolución 1216 de 2015, con el propósito de esclarecer las reglas para acceder a la eutanasia de manera más efectiva, es claro que el camino para la eutanasia en el país apenas inicia.

MODELO DE ACCESO A LA EUTANASIA

El modelo de acceso que cada uno de los dos países tiene nos muestra diferentes estructuras y elementos de operación, según se pasa a relacionar.

En Holanda

Considerando que en Holanda se prioriza la atención primaria en salud, otorgando un médico de cabecera a cada uno de los pacientes, será ante este médico que se presente directamente la solicitud, quien, siendo conocedor de toda la historia clínica del paciente, podrá realizar los respectivos juicios. Como lo menciona el Código de Prácticas para la Eutanasia creado por los Comités Regionales de Revisión (2016), de la ley se deduce que la solicitud debe ser presentada por el paciente mismo, quien, haciendo uso de sus completas capacidades, de su voluntad no viciada y libertad absoluta, manifestará que presenta una condición médica que comporta para él un sufrimiento completamente insoportable. Dicha solicitud debe estar lo suficientemente fundamentada para llegar a convencer al médico tratante de la verdadera necesidad que presenta el paciente de acceder a la eutanasia. Si bien, al ser un estándar subjetivo, la valoración del sufrimiento del paciente llega a ser complicada, el médico debe ser el encargado de correlacionar amplia y efectivamente las manifestaciones dentro de su solicitud, con todo el historial de sus enfermedades, comportamientos psicológicos, etcétera. Dentro de todo este trámite inicial, es indispensable que el médico tratante informe suficientemente al paciente sobre las posibilidades o no de una mejoría dentro de los parámetros de razonabilidad; asimismo, el médico deberá estar convencido de que su sufrimiento no tiene bálsamo alguno que alivie su situación.

Una vez el médico de cabecera se halle completamente convencido de la procedibilidad de la eutanasia, deberá consultar al menos con un médico independiente quien deberá revisar al paciente, a su historia clínica y correlacionar todo lo encontrado con los parámetros legales establecidos; comúnmente el médico llamado a completar dicha valoración pertenece al Programa de Apoyo

y Valoración de la eutanasia de los Países Bajos. Este segundo médico realizará un informe detallado con todas las consideraciones que el caso le merezca, asegurando si él aprobaría o no la práctica de la eutanasia. De no aprobarla, el médico de cabecera del paciente no está en la obligación de sujetarse a tal consideración; sin embargo, deberá argumentar ampliamente por qué se aparta de la consideración del médico independiente. Tras realizar las valoraciones pertinentes, el médico de cabecera tomará una determinación y, de ser viable la interrupción de la vida, procederá con todo el protocolo sanitario previsto para ello. Es importante mencionar que todas y cada una de sus acciones deberán ser vigiladas y controladas por los Comités Regionales de Revisión, que evaluarán si su actuar se encuentra ajustado a derecho o no.

En Colombia

Para acceder a la eutanasia en Colombia, como lo menciona Susana Rico (2021), la práctica se debe solicitar ante el sistema de salud, tras estar completamente convencido de cumplir los requisitos. Como primer paso para contar con la posibilidad de presentar la solicitud, se recomienda realizar la formalización de un documento de voluntad anticipada, que suele hacerse ante notaría con la presencia de dos testigos. Una vez se cuente con dicho documento o, en su defecto, una manifestación por video de la determinación se puede entregar al llamado médico tratante, para que sea adjuntada a la historia clínica; sin embargo, conociendo que esta no es una figura que se maneje comúnmente en el país, aquellos que no cuenten con dicho médico podrán reservar su consentimiento para ser entregado más tarde con todos los documentos que respaldan la solicitud.

Posteriormente, la solicitud debe ser presentada ante la EPS si el interesado no se encuentra hospitalizado o ante la IPS en caso contrario. Dicha solicitud deberá ser presentada como un derecho de petición debidamente fundamentado y con las pruebas correspondientes. Luego de esto, la EPS y la IPS deberán conformar el comité científico interdisciplinario para morir dignamente, quien evaluará la solicitud y dará respuesta a ella dentro del tiempo establecido.

De no llegar a contarse con una respuesta o, por el contrario, si se tuvo una respuesta negativa aun bajo la convicción de que se es merecedor a la práctica de la eutanasia, se puede presentar el mecanismo de la acción de tutela, recurriendo a la no respuesta del derecho de petición y a la vulneración del derecho a morir dignamente. De ser aprobado, un médico establecido para adelantar el procedimiento suministrará los medicamentos necesarios y contemplados en el protocolo para la aplicación del procedimiento a la eutanasia emitido por el Ministerio de Salud (2015).

DESCUBRIMIENTOS ACERCA DEL MODELO COLOMBIANO

Dentro de los resultados de comparación entre ambos países, se pudieron vislumbrar determinadas características no solo de la manera en la que se adelanta el mecanismo de acceso a la eutanasia, sino también todo lo que involucra la consolidación de los parámetros para ello. Esto permitió, entonces, perfilar ampliamente el modelo colombiano en relación con la mencionada práctica.

En primer lugar, desde la descripción de la historia, es apreciable cómo una de las motivaciones adelantadas con mayor ímpetu acerca de la consideración de la eutanasia dentro del país se genera desde una alta corporación judicial, que a la óptica del magistrado ponente se plantea un territorio más liberal y garantista del escenario de la libertad personal. Esta situación denota para la década de 1990 en el país una falta de movilización de la ciudadanía misma para lograr los avances en la materia, lo que se concreta en demandas de inconstitucionalidad que buscan el incremento de penas para delitos como el homicidio por piedad.

Posteriormente, al hablar acerca del modelo del sistema de salud, las diferencias del ejercicio comparativo saltan a la vista. Sí bien para la sociedad colombiana la manera en la que se adelanta la prestación de los servicios y los mecanismos de afiliación al sistema permiten proteger hasta cierto punto la garantía de la universalidad del acceso, también es cierto que dicho modelo puede llegarse a ver limitado grandemente en relación con la disponibilidad de recursos dentro del sistema, lo que a su vez limitaría el abanico de prestaciones médicas para algunas de las esferas de la sociedad. Todo esto se podría representar en la falta de tratamientos adecuados y prematuros para el manejo de enfermedades graves que eviten que los pacientes lleguen a estadios con sintomatologías insoportables e incurables, como también en limitaciones a la hora de prestar servicios como los cuidados paliativos necesarios. En comparación, es claro que Holanda, al desarrollar un modelo un tanto más bismarckiano que responde a la lógica de los seguros, puede ofrecer a sus afiliados un servicio mucho más complementario y encaminado al otorgamiento de un mayor bienestar, situación que indudablemente va a tener repercusiones en la salud médica de cada ciudadano y, por lo tanto, en la necesidad de llegar a solicitar el procedimiento de la eutanasia, que, como se apreció anteriormente, requiere indispensablemente la seguridad de que dentro de la razonabilidad no existe tratamiento alguno que mejore la condición que padece el solicitante.

Otra verdad del sistema de salud colombiano es que no logra favorecer del todo figuras como el médico de cabecera o médico tratante que indudablemente comportarían una viabilidad y rapidez en el acceso a todo el procedimiento de solicitud de la eutanasia. Tales figuras no solo permiten tener una mayor

cercanía con el sistema de salud, sino también un mayor cumplimiento a los parámetros y principios que desde la atención primaria en salud se gestan y que Colombia ha destacado como estrategia por implementar y desarrollar en sus servicios médicos, pero que en la práctica y en algunos escenarios específicos se ha quedado corta en su aplicación.

En relación con el talento humano, Colombia muestra una marcada abstinencia en la práctica, que se refleja en el personal médico, así como en la población en general, hecho que ha llevado incluso a contrariar las voluntades individuales de los solicitantes de la eutanasia y crear evidentes barreras en su acceso. Esta situación resulta ser incomprensible cuando, a pesar de ser profesionales de la salud, no se tienen en consideración todos y cada uno de los parámetros establecidos para adelantar la mencionada práctica y se cree erróneamente que la eutanasia es solo un deseo caprichoso de poner fin a la vida que no debe ser consentido, toda vez que los médicos protegen la reseñada “unidad corpóreo-espiritual” o que incluso, y aún más imposible de creer, que la vida se protege a toda costa por ser un simple hecho biológico considerada, incluso, desligada del sentir y padecer espiritual.

Frente a las consideraciones que merece el sistema legal, las carencias colombianas se hacen evidentes, dada la falta de legislación para llegar a adelantar un adecuado protocolo de acceso a la eutanasia, situación que, como ya se mencionó, está ralentizando las consideraciones y avances respecto a la práctica, toda vez que es la rama judicial la que lidera la puerta de acceso, desde la puesta en juicio de situaciones personales y concretas que buscan el acceso a la eutanasia y que se ven restringidas por vía administrativa, hasta la proyección de decisiones judiciales que se erigen como determinaciones generales aplicables a toda la población, llegando a la consolidación de un precedente judicial. Si bien los adelantos en la actualidad en materia de la interrupción voluntaria de la vida se encuentran eminentemente en cabeza de las altas cortes del país, los jueces de la República han logrado capturar la esencia del derecho vivo, modulando sus decisiones a las necesidades que la población colombiana va presentando día a día, situación que permite asegurar que al día de hoy un paciente no terminal puede acceder a la práctica de la eutanasia, a la luz de una consideración de humanidad e intención de evitar sufrimientos intensos e irremediables a otro ser humano.

Muy relacionado con el punto anterior, se encuentra el engorroso modelo de acceso a la eutanasia, que, sin tener una ruta clara de desarrollo y actuando casi que a ciegas en el país, está revictimizando a los pacientes que, agobiados por condiciones irremediables en salud, deben someterse al incansable vaivén administrativo, que muy seguramente proferirá una determinación negativa a la solicitud de la práctica, para luego emprender un nuevo camino judicial a la espera de la viabilidad de la eutanasia. Esta situación no solo agota al paciente, sino a las vías administrativas, al sistema judicial e incluso a la economía procesal del país.

CONCLUSIONES

Sin lugar a duda, el sistema holandés desarrollado para proteger la libertad de las personas en relación con su determinación de obtener una muerte digna resulta ser un pionero en el tema no solo por haber sido el primero legislado y regulado, sino por su caracterización en concreto. Cada uno de los elementos de comparación usados evidenció un avance significativo en el tema, en el que la vida recobra un significado especial, ligado al bienestar y al deseo de ser vivida a plenitud.

Por su parte, el modelo colombiano relacionado con la eutanasia, su práctica y acceso, una vez descrito y categorizado, deja una serie de consideraciones que llaman a su intervención y restructuración. La existencia de un sistema de salud como el desarrollado en el país indudablemente supone retos en cuando a la garantía de prestación de servicios en salud que logren una universalidad y excelencia en el desarrollo de todas las actividades que integra y que debería integrar; el talento humano en salud, específicamente los médicos profesionales llamados a ser quienes practiquen las eutanasias solicitadas, deben formar una postura clara acerca de su disposición a la práctica de esta, fundamentada e informada en relación con lo que en realidad supone y representa no solo en términos generales, sino en cada uno de los casos en los que se eleva la solicitud, buscando abolir consideraciones vacías asociada a la protección de la vida. El sistema político jurídico de la eutanasia se limita a las decisiones judiciales, por lo que se espera que desarrolle temáticas que llenen los vacíos existentes, buscando las facilidades de los trámites y la descongestión del sistema judicial, con un modelo de acceso a la eutanasia claro que no revictimice a los pacientes ni a sus situaciones y condiciones particulares.

A pesar de reconocer que el camino del acceso a la eutanasia en Colombia aún requiere grandes esfuerzos y una larga trayectoria, a la fecha se han practicado 178 procedimientos de interrupción voluntaria de la vida en pacientes que deseaban poner fin a una vida que ya no representaba bienestar alguno, lo que marca una concientización frente al dolor ajeno y a la vida en su máxima expresión de la palabra. Con esto se abre, entre otros, un interesante capítulo acerca del estudio de la humanización en la práctica médica dentro de la cual se considere a la muerte como un acto de humanidad que se encuentra respaldado por los sistemas judiciales.

RECOMENDACIONES

Antes de presentar las recomendaciones en concreto merecidas desde el presente trabajo investigativo, vale mencionar y aclarar que la comparación aquí realizada no fue tomada de manera estrictamente literal para lograr plasmar el presente acápite, así como tampoco se pretendió, ni se pretende, igualar el modelo

colombiano al holandés, dada la conciencia que se tiene del contexto y dinámicas sociales tan diferentes que se presentan en cada uno de los países estudiados. Sin embargo, nada impide que, en consideración de la necesidad de mejorar los mecanismos de acceso a la eutanasia como práctica que cada vez resulta ser más aceptada socialmente y que vista desde la óptica de los derechos humanos, su garantía y protección, y específicamente desde el derecho a morir dignamente, como meta a cumplir para toda la sociedad colombiana, se planteen propuestas y recomendaciones para Colombia, a la luz de un modelo internacional tan robusto como lo es el sistema holandés, con el propósito de ser adaptadas y moduladas bajo las especiales consideraciones sociales, políticas y culturales colombianas:

En relación con el sistema de salud:

- Si la discusión, desde el punto de vista conservador que limita la práctica de la eutanasia, es conservar la vida a toda costa, se debe considerar que la interrupción de esta no se adelanta sino hasta el momento en el que el paciente asegura presentar intensos sufrimientos que resultan ser insuperables. El reto por cumplir será, entonces, priorizar el tratamiento preventivo dentro del sistema de salud de aquellas complicaciones médicas que pueden ser tratables a tiempo y que estando en una etapa avanzada están fundamentando en la actualidad las solicitudes de la práctica de la eutanasia.
- Relacionado con el punto anterior, el sistema debería igualmente fortalecer las estrategias de desarrollo de los cuidados paliativos para mejorar la condición humana de los pacientes y apartarlos de intensos sufrimientos que los lleven a tomar la determinación de poner fin a su vida.
- Dentro de las posibilidades, la figura de los médicos de cabecera o tratante se debería potenciar en el país, no solo para lograr un mejor acceso a la eutanasia cuando esta se requiera, sino para adelantar mecanismos de promoción y prevención de la salud que eviten en un futuro los grandes sufrimientos.
- Para lograr todo lo anterior, el sistema de financiación que compone al sistema de salud colombiano debe ser analizado y quizá reestructurado, priorizando el destino de los recursos a la excelencia en la prestación de los servicios en salud, a la ampliación de estos y a la atención de aquellos sectores en los que, por determinadas circunstancias, la incidencia de los padecimientos que llevan a solicitar la eutanasia resulta ser mayor.

En relación con el talento humano:

- Los médicos del país deben ser educados dentro de una verdadera humanización de la medicina que se preocupe en todo momento por el paciente como ser

humano, que despierte empatía en el profesional de la salud, y lo motive a ver la vida no como un simple hecho biológico aislado del sufrimiento.

- Se debe cultivar la afirmación de que la existencia de la posibilidad de acceder a la eutanasia no solo otorga tranquilidad de los pacientes, sino que también alivia de manera trascendental cargas frente al temor de pasar una vida sobrellevando grandes sufrimientos que indudablemente repercutirán en la salud psicológica de los pacientes.
- Los comités de ética del país deben empezar a considerar la necesidad de respetar las determinaciones voluntarias y libres de los pacientes, bajo la consideración de que la humanidad también forma parte del actuar ético.
- La muerte también debe ser parte del estudio de la medicina en el país, considerándola como la finalización de los sufrimientos insoportables, irremediables que desfiguran completamente el significado de la vida misma.
- *En relación con el sistema político-jurídico:*
 - Sin lugar a dudas, el Poder Legislativo debe adelantar los mecanismos necesarios para lograr la debida promulgación de una ley clara, concisa y que prevea situaciones complejas respecto a la práctica de la eutanasia, teniendo como modelo países como Holanda.
 - De llegar a requerir acudir al sistema judicial para disolver las barreras en el acceso, se deben pensar rutas expeditas que den una solución oportuna al paciente y lo aparten de la hostilidad que en la mayoría de los casos representa el sistema procesal.

En relación con el modelo de acceso:

- Una vez establecida la ley que contemple el modelo de acceso, este debe ser amigable y, en la medida de lo posible, limitarse a la relación médico-paciente, buscando que no se salga de la esfera de la atención médica, lo que evitará la revictimización de la condición de salud del paciente que requiere la eutanasia.
- El modelo debe propender en todo momento por la obtención de soluciones y alternativas que eviten la práctica de la eutanasia, pero sin que esto llegue a representar dilataciones infructuosas que alarguen el sufrimiento del paciente.

REFERENCIAS

- Aguilera, R. y González, J. (2012). Derechos humanos y la dignidad humana como presupuesto de la eutanasia. *Revista de la facultad de Derecho*, 151-168. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r31734.pdf>
- Barreto Vaquero, D. (2004). Reflexiones en torno a la eutanasia como problema de salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(1), 87-91. <https://www.redalyc.org/pdf/214/21430110.pdf>
- Bont, M., Dorta, K., Julio, C., Randazzo, A. y Urdaneta-Carruyo, E. (2007). Eutanasia: una visión histórico-hermenéutica. *Comunidad y Salud*, 5(2), 36-45. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932007000200005&lng=es&tlng=es
- Cicerón. (s. f.). *Cartas al ático*. <http://www.anarkasis.net/Ciceron/cartas-a-atico.htm>
- Córdoba Triviño, J. (2021, 26 de octubre). El lento camino de la eutanasia en Colombia: de la Sentencia C-239 de 1997 a la C-233 del 2021. *Ámbito Jurídico*. <https://www.ambitojuridico.com/noticias/analisis/el-lento-camino-de-la-eutanasia-en-colombia-de-la-sentencia-c-239-de-1997-la-c>
- Corte Constitucional. (2021, 22 de julio). Sentencia C-233/21. [M. P. Diana Fajardo Rivera]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2021/C-233-21.htm>
- Corte Constitucional. (1997, 20 de mayo). Sentencia C-239/97- [M. P. Carlos Gaviria Díaz]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>
- Corte Constitucional. (2014, 15 de diciembre). Sentencia T-970/14. [M. P. Luis Ernesto Vargas Silva]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm>
- Corte Constitucional. (2017, 12 de diciembre). Sentencia T-721/17. [M. P. Antonio José Lizarazo Ocampo]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/T-721-17.htm>
- DESCLAB. (2021, 30 de noviembre). Eutanasia en Colombia: cifras y barreras para ejercer el derecho a morir dignamente en Colombia. <https://www.desclab.com/post/eutanasiacifras>

Díaz-Amado, E. (2017). La despenalización de la eutanasia en Colombia: contexto, bases y críticas. *Revista de Bioética y Derecho*, (40), 125-140. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872017000200010&lng=es&tlng=es

DMD. (2016). Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente: Código de Prácticas. <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/09/2015-codigo-practic-as-eutanasia-comites-regionales-pbajos.pdf>

Ferrer, I. (2021, 23 de junio). La ley holandesa de eutanasia suma un respaldo del 87% al cumplir 20 años. *El País*. <https://elpais.com/sociedad/2021-06-24/la-ley-holandesa-de-eutanasia-suma-un-respaldo-del-87-al-cumplir-20-anos.html>

Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril, V. y Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública de México*, 144-155. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s144-s155/es>

Eijk, W. (2012). El rol del médico en la interrupción de la vida por petición. *Medicina y Ética*, XXIII(IV), 513-533.

Tak, P. J. P. (2003). La nueva ley sobre eutanasia en Holanda, y sus precedentes. *Revista Penal* (12), 109-125. <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/12575/Nueva%20Ley.pdf?sequenc>

KNMG. (s. f.). Artsenfederatie KNMG. <https://www.knmg.nl/over-knmg/waarom.htm>

Lampert, M. (Abril de 2019). *Aplicación de la Eutanasia: Bélgica, Colombia, Holanda y Luxemburgo*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27089/1/BCN_Eutanasia_Belgica__Colombia_Holanda_Luxemburgo_FINAL.pdf

Merchán-Price, J. (2008). La eutanasia no es un acto médico. *Persona y Bioética*, 12(1), 42-52. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222008000100005&lng=en&tlng=es

Minsalud. (2021, 28 de diciembre). Minsalud actualizó Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-actualizo-Plan-de-Beneficios-en-Salud-con-cargo-a-la-UPC.aspx>

- Reina, C. (2021). El sistema de salud colombiano, reflexiones sobre su influencia en la salud de la población. *Revista Ocupación Humana*, 21(2), 88-98. <https://doi.org/10.25214/25907816.911>
- Rico, S. (2021). Este es el proceso a seguir para solicitar la eutanasia en Colombia. *Consultor Salud*. <https://consultorsalud.com/este-proceso-solicitar-eutanasia-col/>
- Rodríguez Jurado, R. F. y Rodríguez Holguín, F. (1999). Eutanasia: sentir de los médicos colombianos que trabajan con pacientes terminales. *Colombia Médica*, 30(2), 102-106. <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/130>
- Rodríguez, R. (2001). Eutanasia: aspectos éticos controversiales. *Rev. Med. Hered*, 12(1), 32-36. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2001000100007
- Van, P. (2004). Más allá de la solidaridad. Los fundamentos éticos del Estado de bienestar y de su superación. En A. Barbeito y R. Lo Vuolo (Dirs.), *Contra la exclusión. La propuesta del ingreso ciudadano* (pp. 55-74). Colección Políticas públicas. Miño y Dávila Editores. <http://www.ciepp.org.ar/images/ciepp/libros/contra%20la%20exclusion.pdf>
- Zapata, P. (2013). *Un destacado modelo: el sistema de salud holandés*. ISG: <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2013/01/Sistema-de-Salud-Holand%C3%A9s.pdf>