

Asistencia para morir en Colombia y España: un análisis ético y jurídico*

*Assisted Dying in Colombia and Spain:
An Ethical and Legal Analysis*

CARLOS JESÚS MOLINA RICAURTE

Abogado con maestría en Filosofía. Doctorando en Derecho en la Universidad Pompeu Fabra.

Profesor e investigador en la Universidad Cooperativa de Colombia.

carlosj.molina@campusucc.edu.co

<https://orcid.org/0000-0001-6575-5170>

* Este artículo es el resultado del proyecto de investigación “El marco normativo de la eutanasia y la efectividad de los derechos fundamentales en Colombia” (INV3160), financiado por la Universidad Cooperativa de Colombia.

Resumen

Este artículo explora la medicalización del final de la vida, analizando las implicaciones éticas y jurídicas de la eutanasia, el suicidio asistido y los cuidados paliativos. A medida que países como Colombia y España han avanzado en la legalización de estos actos, ha surgido un debate sobre su legitimidad como prácticas médicas. Esta perspectiva interdisciplinaria redefine la medicina, que tradicionalmente ha priorizado la preservación de la vida, para incluir la posibilidad de facilitar una muerte digna.

Esta investigación tiene un enfoque cualitativo; emplea técnicas de revisión documental de material normativo, jurisprudencial y doctrinal (tanto jurídico como extrajurídico) obtenido de fuentes oficiales y bases de datos académicas. Los datos fueron clasificados a través de fichaje, posteriormente, seleccionados y analizados para enriquecer la reflexión e incluidos en la argumentación.

El análisis destaca las nuevas responsabilidades de los profesionales de la salud, quienes deben actuar dentro de un marco legal y ético para garantizar el respeto a los derechos de los pacientes.

PALABRAS CLAVE

Acto médico, asistencia para morir, atención sanitaria, responsabilidad médica.

Abstract

The article examines the medicalization of the end of life, while analyzing the ethical and legal implications of euthanasia, assisted suicide, and palliative care. As countries like Colombia and Spain have made progress in legalizing these practices, a debate has arisen regarding their legitimacy as medical acts. This interdisciplinary perspective redefines the practice of medicine, which has traditionally prioritized the preservation of life, to now include the possibility of facilitating a dignified death.

This research takes a qualitative approach. It employs documentary review techniques to analyze normative, jurisprudential, and doctrinal material (both legal and extralegal) obtained from official sources and academic databases. Subsequently, the data were classified, selected, and analyzed to strengthen reflection and argumentation.

The analysis emphasizes the new responsibilities of healthcare professionals, who must act within a legal and ethical framework to ensure respect for patients' rights.

KEYWORDS

Assistance in dying, health care, medical act, medical liability.

INTRODUCCIÓN

La asistencia médica al final de la vida, en lo que respecta a la eutanasia y el suicidio asistido, es uno de los temas más controvertidos y discutidos en la actualidad, tanto en el ámbito legal como en el ético y médico. Este debate no solo se centra en la legitimidad de estas prácticas, sino también en su reconocimiento como actos médicos y en la responsabilidad que ello implica para los profesionales de la salud. En un contexto en el que la medicina ha evolucionado para abordar no solo la prevención y curación de enfermedades, sino también para garantizar una muerte digna, la discusión sobre el final de la vida ha cobrado una relevancia cada vez mayor.

Históricamente, la medicina ha sido vista como una disciplina cuyo objetivo principal es preservar la vida; sin embargo, en las últimas décadas, esta visión ha sido cuestionada y ampliada para incluir la necesidad de asegurar que los pacientes puedan morir con dignidad, especialmente en casos de enfermedades graves e incurables. La eutanasia y el suicidio asistido se han presentado como alternativas para aquellos pacientes que, enfrentados a un sufrimiento intolerable y sin esperanza de mejoría, desean poner fin a su vida de manera digna y controlada; sin embargo, la aceptación de estas prácticas como actos médicos ha generado un intenso debate ético y jurídico que sigue sin resolverse de manera definitiva en muchas jurisdicciones.

Este artículo parte de la reflexión sobre la medicalización del final de la vida y de la muerte, con el fin de justificar la intervención de la medicina en este nuevo contexto; luego se analiza la naturaleza del acto médico que tiene lugar al final de la vida y la muerte; por último, se abordan algunas de las consecuencias negativas que pueden ser resultado del acto médico al final de la vida y la muerte y sus implicaciones en una responsabilidad tanto para los profesionales sanitarios como las instituciones de atención en salud.

El proceso de medicalización del final de la vida, es decir, la incorporación progresiva de la muerte y los cuidados al final de la vida dentro del ámbito médico, ha sido un fenómeno complejo y multifacético. Este proceso ha llevado a que prácticas como la eutanasia, el suicidio asistido y los cuidados paliativos sean vistas cada vez más como responsabilidades inherentes a la profesión médica. Sin embargo, esta medicalización también ha suscitado críticas, ya que algunos sostienen que la medicina no debería involucrarse en actos que tienen como objetivo poner fin a la vida, argumentando que esto contraviene los principios éticos fundamentales de la profesión, como los establecidos en el juramento hipocrático (Merchán Price, 2008; Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago, 2011).

El debate sobre la asistencia o ayuda para morir ha llevado a importantes cambios legislativos en varios países, destacándose la reforma reciente en España (Cámara Villar, 2021). En España, la

Ley Orgánica 3/2021 regula el acceso a la eutanasia, estableciendo un marco normativo que reconoce el derecho de los pacientes a solicitar y recibir ayuda para morir en casos de sufrimiento insoportable y sin posibilidad de mejoría. Un año antes, en Alemania, el Tribunal Constitucional Federal había declarado inconstitucional la prohibición general del suicidio asistido, argumentando que esta prohibición vulneraba el derecho fundamental al libre desarrollo de la personalidad (Sentencia del Segundo Senado del Tribunal Constitucional Federal Alemán, 2020). Este fallo, especialmente, fue catalizador para una serie de reformas legislativas en Europa, que culminaron con la legalización de la eutanasia, entre otras, la de España.

En Colombia, la situación ha seguido un camino similar, con la jurisprudencia de la Corte Constitucional liderando la ampliación de los derechos de los pacientes al final de la vida. Desde la Sentencia C-239/1997, que despenalizó la eutanasia en los casos de enfermos terminales en los que concurriese la voluntad libre, hasta las más recientes sentencias C-233/2021 y C-164/2022, que eliminaron el requisito de la enfermedad terminal del paciente para solicitar la eutanasia y aprobaron el suicidio médicamente asistido, la Corte ha sido un actor clave en la evolución del derecho a morir dignamente en el país. No obstante, a pesar de estos avances jurisprudenciales, la implementación de estas decisiones enfrenta numerosos desafíos, particularmente en la superación de barreras impuestas por instituciones de salud y personal médico que, en algunos casos, se resisten a cumplir con estas disposiciones.

Se escogen estos dos estudios de caso en razón a que son pocos los países que cuentan con una atención sanitaria al final de la vida con tanta cobertura, es decir, que incluya los cuidados paliativos, la eutanasia y el suicidio médicamente asistido.

Este artículo no pretende reabrir el debate sobre la compatibilidad entre el derecho a morir dignamente y el derecho a la vida, cuestión que ya ha sido ampliamente discutida y resuelta en el contexto jurídico de países como Colombia y España; en cambio, se centra en una cuestión que ha recibido menos atención: la aceptación de la asistencia para morir como un acto médico y las implicaciones legales que ello conlleva. Este enfoque es crucial, ya que, al considerar la eutanasia, el suicidio asistido y los cuidados paliativos como actos médicos, se abre la puerta a un nuevo régimen de responsabilidad médica, en el cual los profesionales de la salud pueden ser llamados a rendir cuentas por su actuación en estos casos.

La medicalización del final de la vida plantea preguntas fundamentales sobre el papel de la medicina en la sociedad contemporánea. Por un lado, se reconoce que la medicina tiene la capacidad de aliviar el sufrimiento y proporcionar un final digno para aquellos que enfrentan enfermedades terminales o condiciones que hacen la vida intolerable; por otro lado, existe la preocupación de que involucrar a los médicos en actos que conducen directamente a la muerte pueda distor-

sionar los valores fundamentales de la profesión y convertirlos en “agentes de muerte”, en lugar de “guardianes de la vida” (Salem, 1999).

Este artículo explora estos dilemas, argumentando que la asistencia para morir, cuando se realiza dentro de un marco legal y ético adecuado, puede ser considerada un acto médico legítimo. Sin embargo, esta aceptación debe ir acompañada de una clara delimitación de las responsabilidades legales de los médicos y de las instituciones de salud, para garantizar que estas prácticas se lleven a cabo de manera ética, respetando siempre la autonomía y los derechos de los pacientes.

En última instancia, la discusión sobre la asistencia para morir y la responsabilidad médica no solo es una cuestión de derecho, sino también de ética y de la propia naturaleza de la medicina. En un mundo donde las tecnologías médicas permiten prolongar la vida más allá de lo que muchos consideran humanamente aceptable, es fundamental que los marcos normativos evolucionen para abordar estas nuevas realidades. Al hacerlo, se debe asegurar que la dignidad y los derechos de los pacientes se mantengan en el centro de todas las decisiones médicas, especialmente aquellas relacionadas con el final de la vida.

LA MEDICALIZACIÓN DEL FINAL DE LA VIDA Y DE LA MUERTE

Para poder entender la naturaleza del acto médico al final de la vida y la muerte, debe entenderse primero cómo se llegó a la medicalización del final de la vida y la muerte. Cuando los cuidados al final de la vida y la muerte comenzaron a ocupar cierta atención en el ámbito sanitario, empezaron a asumir el carácter asistencial de la medicina. La medicalización del final de la vida y de la muerte se ha dado de manera progresiva, resultado de algunos hechos y sucesos relevantes a nivel científico, los cuales han dado pie para que se produzca un cambio en la manera de ver y comprender la vida y la muerte en las sociedades contemporáneas.

En las últimas décadas, se ha observado un proceso paulatino de medicalización del final de la vida. Con más frecuencia, decisiones relacionadas con la eutanasia, el suicidio asistido, adecuación del esfuerzo terapéutico, rechazo o renuncia a tratamientos, procedimientos y medios diagnósticos y terapéuticos, retiro del soporte vital, recepción de cuidados paliativos, sedación profunda, entre otros, se toman en contextos sanitarios.

La “medicalización” ha sido un concepto importante en los debates sociológicos sobre medicina. Desde su adopción por parte de los sociólogos a finales de la década de 1960, se le dio la connotación de mecanismo de control social (Busfield, 2017, p. 759), lo que contribuyó a que posteriormente la medicalización fuera considerada como una forma de interpretar aspectos de la realidad, incluido el comportamiento humano, en términos médicos, y que sean trata-

dos como problemas médicos en lugar de, por ejemplo, sociales, políticos o existenciales (Kaczmarek, 2019, p. 119). A pesar de lo dicho, no puede negarse que la medicalización constituye un rasgo clave de la vida social y la cultura de la modernidad tardía (Busfield, 2017, p. 771).

El fenómeno de la medicalización es resultado, precisamente, de múltiples factores: a) un sistema tecnológico y burocrático cada vez más complejo; b) una sociedad excesivamente industrializada; c) una revolución farmacéutica, la acción gubernamental, el prestigio de la medicina y el apego a la ciencia; y d) un poder disciplinario ejercido por el Estado sobre los cuerpos, que ha sido denominado por la teoría social francesa como biopolítica (Busfield, 2017, p. 763).

Son muchas y variadas las posturas frente al tema de la medicalización. Elvio Galati (2018), por ejemplo, critica la progresiva medicalización, al sostener que esta expropia al individuo del poder de decidir sobre su salud y bienestar. Por su parte, Borsatto et al. (2019), Joan Busfield (2017) y Jesús Parra Sáez (2019) argumentan que, como consecuencia de la medicalización, el individuo y la sociedad se vuelven cada vez más dependientes de la medicina, contribuyendo así a la perpetuación y crecimiento del fenómeno de la medicalización.

Puede ocurrir que la medicalización reduzca el concepto de salud, vida o muerte al hecho o dato meramente biológico. Juan Pedro Alonso (2013), al igual que Galati (2018), considera que un enfoque integral de la atención sanitaria puede ayudar a superar cualquier tipo de reducción biologicista, permitiendo ver la salud, la vida y la muerte como procesos complejos que no dependen solo de lo funcional, sino que integran múltiples factores.

Alberto Oya Márquez (2017) distingue entre una medicalización positiva y una negativa, las cuales se diferencian, particularmente, en las consecuencias que conllevan. La medicalización positiva se caracteriza por traer aparejadas consecuencias favorables, como la disposición de una nueva y eficaz manera médica para resolver problemas sociales ya existentes, lo que redundaría en una mayor libertad del individuo para escoger entre una manera médica y una manera no médica de afrontar sus problemas. Por su parte, la medicalización negativa trae consigo consecuencias negativas, como la mercantilización de la medicina; la transformación de factores de riesgo en enfermedades; la conversión de personas sanas en enfermos dependientes del sistema sanitario; la reducción de la capacidad de las personas para actuar y resolver sus propios problemas; la saturación del sistema sanitario y la disminución de los recursos públicos destinados para la salud.

Emilia Kaczmarek (2019) diferencia, por su parte, la medicalización de la sobremedicalización (o excesivo dominio de la medicina). Mientras que la medicalización permite el uso de herramientas en medicina basadas en evidencia para tratar distintos padecimientos; mejora la situación

financiera del individuo en condición de enfermedad a través de pólizas, coberturas de seguros y prestaciones sociales; brinda al paciente respuestas que le ayudan a entender mejor las causas de su condición, y puede incrementar la conciencia del individuo en relación con su propia salud, la sobremedicalización, en cambio, puede producir daños en la salud de los pacientes a raíz de tratamientos indebidos (sobrediagnóstico, sobreprescripción); generar riesgos innecesarios para la salud de los pacientes, relacionados directamente con los procedimientos médicos realizados; desencadenar efectos secundarios desagradables producto de la administración irresponsable de medicamentos; dar lugar a un gasto ineficiente y al despilfarro de recursos públicos y privados; generar restricciones excesivas a la libertad de las personas y llevar a los individuos a ignorar las causas sociales, políticas e interpersonales que subyacen a muchos de sus problemas, lo que les impide encontrar soluciones adecuadas (p. 120).

Alonso (2013) aclara que la medicalización, más que una intervención desde fuera de la medicina a problemas ya existentes, constituye una respuesta a los problemas y la forma en que estos son asumidos por las personas, con la diferencia de que estos problemas son ahora planteados dentro del ámbito médico, legitimando así la intervención de la medicina, no tanto porque se trate de problemas nuevos, sino porque se plantean en un contexto nuevo.

Precisamente, la medicalización deriva del modelo de asistencia sanitaria centrado en el hospital, que circunscribió al ámbito hospitalario acontecimientos como el nacimiento y la muerte, eventos que habían estado reservados, por regla general, a la esfera íntima del hogar (Borsatto et al., 2019, p. 2; Busfield, 2017, p. 761), sin embargo se exponían, por primera vez, de forma extremadamente abierta e intensiva a un espacio institucional.

La medicalización del final de la vida surgió, a mediados del siglo XX, como una reacción a la introducción de la ventilación mecánica y las técnicas de reanimación como terapias por la medicina curativa convencional, cuyo fin primordial era prolongar la vida de los pacientes. La progresiva medicalización al final de la vida contribuyó a que los cuidados paliativos comenzaran a centrarse en los ámbitos hospitalarios, pero también a que los cuidados paliativos perdieran su razón de ser (Herring, 2012, p. 555).

Esta objeción tiene sentido si tomamos en cuenta que, con la institucionalización de la muerte en el ámbito hospitalario, esta comenzó a considerarse más como un mero dato o hecho biológico que como un proceso. Los pacientes comenzaron a echar de menos un acompañamiento más integral en el proceso de la muerte; acompañamiento que no encontraban ya en los ámbitos hospitalarios, donde se descuidaron considerablemente aspectos psicológicos, espirituales, relacionales, comunicativos y prácticos, quizá por privilegiar lo técnico (Herring, 2012).

Está demostrado que la solución no reside únicamente en la atención intrahospitalaria, ya que muchos de estos casos pueden atenderse mejor fuera de los contextos institucionales. Para ello, es necesario que la medicina sea capaz de imaginar nuevas formas de aliviar el sufrimiento de las personas, tanto enfermos como familiares y la comunidad, frente a eventos como el final de la vida y la muerte (Herring, 2012, pp. 557-558; Zaman et al., 2021, p. 598). Lydia Dugdale (2014) añade que los cuidados al final de la vida, como los cuidados paliativos, cuando se brindan en espacios distintos a los ámbitos hospitalarios tradicionales, permiten que los pacientes puedan reforzar los lazos familiares y sociales e incrementar su sentimiento de dignidad.

La organización de los servicios médicos al final de la vida en cuidados paliativos requiere, además de habilidades técnicas en el ámbito clínico (como el manejo de diversos síntomas, especialmente el dolor), atender aspectos que inicialmente parecen «no técnicos» de la práctica médica. Este enfoque integral de los cuidados paliativos representa un nuevo alcance de la intervención médica, considerando la intimidad personal y familiar del paciente, y su relación con la enfermedad y la muerte, como un objeto de intervención de la medicina (Alonso, 2013).

Sin embargo, algunos autores, como Karsoho et al. (2016), han sugerido que la medicalización del final de la vida, representada principalmente por los cuidados paliativos, resulta ambivalente, ya que, así como puede ayudar a reforzar la disposición cultural hacia la muerte, también puede, al igual que la medicina curativa convencional, poner mayor énfasis en prolongar la vida que en aliviar el sufrimiento de los pacientes. Por eso, estos autores han preferido hablar de la medicalización de la muerte para referirse puntualmente a la eutanasia y el suicidio asistido, y no tanto a los cuidados paliativos.

Todavía hace falta decir algo sobre la medicalización de la eutanasia y el suicidio. Michael Burgess (1993) considera como un efecto positivo de la medicalización de la eutanasia y el suicidio el hecho de que brindan la posibilidad a las personas que sufren y a los moribundos de elegir poner fin a una vida que consideran ya no vale la pena vivir, o de evitar un periodo prolongado de sufrimiento. Así, en lugar de resignarse a sufrir pacientemente una lesión corporal o enfermedad grave e incurable, o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, persistente en el tiempo, sin posibilidad de curación o mejoría apreciable, la eutanasia y el suicidio devuelven a los pacientes la posibilidad de afrontar sus propios problemas y elegir la forma que consideran más adecuada para solucionarlos. La eutanasia y el suicidio constituyen una respuesta técnica para aquellos pacientes cuyo sufrimiento es intolerable e interminable.

Sin embargo, la eutanasia y el suicidio asistido también pueden presentarse como una opción para los profesionales de la medicina que buscan hacer algo cuando nada parece ayudar al cuidado de sus pacientes (Burgess, 1993, p. 273). Más allá de la administración directa o indirecta

del agente eutanásico, los médicos ejercen principalmente una función de control que sirve para evitar un uso inapropiado del procedimiento, así como solicitudes no informadas o no voluntarias. Para ello, las leyes, las normas éticas de la profesión, la política institucional y las directrices éticas les permiten a los médicos ejercer su juicio sobre quién está en condiciones de solicitar y recibir legítimamente la ayuda para morir (Burgess, 1993, pp. 273-274). En este sentido, la medicalización de la eutanasia y el suicidio puede ayudar a incrementar la conciencia del médico sobre su responsabilidad profesional en el ejercicio de la actividad médica.

Por último, la medicalización de la eutanasia y el suicidio ofrece a la sociedad un medio idóneo para prestar un servicio compasivo a través de instituciones y profesiones aceptables y establecidas, con salvaguardias contra su uso inadecuado (Burgess, 1993, p. 274). En ese sentido, brinda a la sociedad la posibilidad de responder no solo a las expectativas sociales de disminución del dolor y el sufrimiento, sino también a las necesidades concretas de las personas que padecen una lesión corporal o enfermedad grave e incurable, o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, sin posibilidad de curación o mejoría apreciable, y que no encuentran una forma adecuada de afrontarlos. Además, permite que los recursos en salud se inviertan de manera eficiente.

No se puede cerrar el tema de la medicalización de la eutanasia y el suicidio sin antes mencionar también sus efectos negativos. Entre ellos, se encuentra la reducción de la investigación en otras formas de paliación del dolor, la percepción de que los cuidados al final de la vida se reducen a los servicios médicos, lo que limita, a su vez, los servicios sociales, y el riesgo de que la decisión de optar por la eutanasia o el suicidio pueda estar motivada en el paciente por el simple deseo de recibir una atención especial, a la que normalmente podría acceder en más tiempo. Así, la elección de la eutanasia o el suicidio se convierte, en este caso, en un mero medio para acceder a otros tipos de cuidado (Burgess, 1993, pp. 274-276).

Finalmente, el suicidio médicamente asistido medicaliza el suicidio. Aunque esta observación parezca obvia, tiene ciertas implicaciones. La decisión de morir por suicidio pasa a tratarse como un conjunto de problemas clínicos que deben resolverse médicamente. En ese sentido, la decisión «privada», «íntima» y «autodeterminada» de suicidarse se traduce en un acontecimiento clínico (Salem, 1999, p. 32). Medicalizar el suicidio también implica que, si se legaliza, el suicidio asistido por un médico se convierte en una prerrogativa de los médicos (Salem, 1999, p. 32). En este contexto, el solicitante de la ayuda para morir nunca tendría realmente el control sobre la decisión de morir (Salem, 1999). En primer lugar, un médico sería el encargado de recibir las solicitudes; luego, él mismo o un colega sería el encargado de asistir en el procedimiento. Todo esto se daría, desde luego, dentro de los límites del ejercicio profesional de la actividad médica. En segundo lugar, las actuaciones del médico serían objeto de evaluación, valoración y verificación

por parte de un órgano colegiado especializado. Por eso, se habla de un monopolio de poder por parte de la medicina sobre las solicitudes de ayuda para morir.

De lo anterior se sigue que la medicalización del suicidio, que se extiende a la eutanasia y los cuidados paliativos, permite que estas prácticas comiencen a ser valoradas como actos pertenecientes al ejercicio profesional de la actividad médica. En ese sentido, la medicina puede otorgarles ese carácter legítimo, gracias al reconocimiento social que le asiste, lo que le permite adjudicarse un control sobre el suicidio, la eutanasia y los cuidados paliativos. Además, cuenta con una estructura institucional compleja que facilita llevar a cabo esa tarea de principio a fin.

EL ACTO MÉDICO Y LA ASISTENCIA AL FINAL DE LA VIDA Y LA MUERTE

Si se habla de una medicalización de la muerte, entonces debe considerarse la prestación de asistencia o ayuda para morir como un acto médico. El Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago (2011) y autores como Jorge Merchán Price (2008) han argumentado en contra de esta idea, sosteniendo que la acción deliberada de causar la muerte de una persona para evitar el dolor o el sufrimiento va más allá de la naturaleza y los objetivos de un acto médico. Además, consideran que contradice los principios de la medicina y los valores del juramento hipocrático, por lo que no debería ser requerida a los profesionales de la salud.

Sin embargo, para considerar o no la asistencia al final de la vida y la muerte como un acto médico, más allá de la carga moral que se le quiera atribuir al tema, es necesario aclarar la naturaleza y el contenido del acto médico. El acto médico se caracteriza por ser libre y consciente (Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago, 2011; Guzmán Mora, 2001), y está conformado por una decisión o conjunto de decisiones tomadas por el profesional de la medicina con el fin de prevenir la enfermedad o restablecer la salud del paciente (Besio Rollero, 2003). El contenido de la decisión o conjunto de decisiones versa sobre los cursos de acción que resultan ser los más adecuados para alcanzar el fin perseguido.

Es necesario diferenciar entre diversos tipos de acciones: en primer lugar, están las acciones que los médicos deben realizar siempre por corresponderles propiamente; en segundo lugar, las acciones que los médicos pueden o no realizar, dependiendo de las circunstancias; y, por último, las acciones que los médicos simplemente no deberían realizar bajo ninguna circunstancia. Así, hay acciones que se hacen exigibles en virtud de una obligación genérica de hacer; otras cuya realización depende de que se den las circunstancias adecuadas, y otras que responden, en definitiva, a una obligación de no hacer. Por un lado, tenemos que el primer tipo de acciones, así como el último, pueden exigirse de manera coercitiva, desde el derecho. No obstante, respecto del segundo tipo de acciones no puede decirse lo mismo, ya que dependen de la voluntariedad

del sujeto agente; por tanto, la ética es, en última instancia, la que establece el nivel de exigencia u obligatoriedad de los distintos tipos de acción (Besio Rollero, 2003, p. 26; Villarroel Soto, 2009, pp. 82-83). Sin embargo, esta última observación no debe llevarnos a tomar un enfoque diferente sobre el acto médico que no sea el del derecho, tal como se mencionó al comienzo.

Las acciones pueden sintetizarse en dos tipos: las acciones de hacer y no hacer pueden clasificarse como obligaciones puras, y las acciones cuya realización depende de que se den las circunstancias adecuadas, que pueden catalogarse como obligaciones modales (Castillo Freyre, 2014, p. 216). Castillo Freyre diferencia las obligaciones puras y modales de la siguiente manera: “Son puras las obligaciones contraídas para cumplirse en forma inmediata y usual. Son modales cuando ellas están sujetas a condición, que puede ser suspensiva o resolutoria, a plazo o a cargo” (p. 216). Se agrega a lo anterior que las obligaciones puras del médico son aquellas que son propias de su profesión, y resultan exigibles de manera inmediata al sujeto, como son prevenir la enfermedad y curar al paciente, pero también abstenerse de hacer lo contrario.

Es importante aclarar que no se trata de menospreciar la obligación del médico de prevenir la enfermedad y de curar al paciente, sino de considerar también los límites de dicha obligación a partir de los límites impuestos por la actividad médica misma; por tanto, nos enfrentamos realmente a un problema de orden práctico. En el caso del médico que se encuentra con un paciente en una condición clínica que hace inútil la prevención de la enfermedad e imposible la curación de la misma, y hace inviable que el paciente recupere la salud, tratándose de una lesión corporal o enfermedad grave e incurable, o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, persistente en el tiempo, sin posibilidad de curación o mejoría apreciable, ¿hasta qué punto pueden considerarse las acciones llevadas a cabo por los profesionales de la medicina en estos casos como actos médicos? Algunos autores están en desacuerdo en que la eutanasia y el suicidio asistido sean considerados actos médicos, y los consideran contrarios a la finalidad de dicha profesión (Besio Rollero, 2003; Merchán Price, 2008; Romeo Casabona, 2021). Otros, como se verá, llegan a admitir, e incluso defienden, que los cuidados paliativos sean considerados actos médicos al final de la vida.

Gamblin et al. (2017) han defendido que los cuidados al final de la vida sí constituyen un acto médico, ya que transforman los estados terminales en una nueva enfermedad que se debe combatir por medio de la medicina paliativa, al tiempo que contribuyen a proporcionar un estatus al moribundo. Esto hace que los protocolos y recomendaciones médicas que participan en la etapa final de la vida conserven su finalidad terapéutica y mantengan cierta centralidad en la dimensión del cuidado (pp. 347-348). Por su parte, el Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago (2011) ha afirmado que los trabajos, las atenciones y las preocupaciones de los familiares y del personal sanitario son incluso mayores en los casos en que se hace uso

de los cuidados paliativos como tratamiento para pacientes terminales (p. 649). Fritz Eduardo Gempeler Rueda (2015) ha llegado a sugerir que el derecho a morir dignamente se entienda como el derecho a morir en determinadas condiciones de cuidado (p. 184). Estas tres posturas subrayan el carácter asistencial de la medicina, concretamente, en los casos de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, persistente en el tiempo, sin posibilidad de curación o mejoría apreciable, reforzando la idea del carácter asistencial del acto médico al final de la vida, incluso en la muerte.

Otro aspecto que no puede dejarse de lado, sobre todo en la actualidad, es la relación médico-paciente. Algunos autores han hecho énfasis en que el acto médico es la forma concreta que asume la relación médico-paciente (Bedoya Hernández y Builes Correa, 2012; Guzmán Mora, 2001, p. 8; Vargas, 2022), relación que puede ser de carácter personal o institucional, en la que se toma en cuenta no solo la decisión del médico, sino, principalmente, la decisión del paciente para aceptar cualquier examen, diagnóstico o terapia, basado en el principio de autonomía del paciente. Este poder de decisión puede extenderse, en algunos casos, a poner fin a su vida, lo que refuerza la consideración de la asistencia al final de la vida, e incluso de la muerte, como un acto médico¹.

Otro aspecto que tampoco puede pasarse por alto es la idea de que los derechos de los pacientes deben ser considerados como límite a la relación médico-paciente. A pesar de haberse definido estos derechos de manera genérica, la especificidad del derecho sanitario y de los derechos del paciente en cuanto a la enfermedad y el grado de cronicidad impiden hoy que tengan un carácter uniforme y universal. A esto se añade la variedad de contextos en los que pueden ejercitarse estos derechos. Como sugieren Navarro Rubio et al. (2008), el concepto de derechos de los pacientes se amplía al vincularse criterios distintos a los estrictamente sanitarios, como son los culturales, sociales, éticos y políticos (p. 368). Esto se traduce en que, además de los aspectos objetivos relacionados con el estado clínico de los pacientes, hay aspectos de índole particular y asociados al entorno que deben tenerse en cuenta, como los valores morales,

1 Autores como José Luis Guerrero Quiñones (2022), consideran la autonomía del individuo como límite de la actividad médica, por tanto, las obligaciones de los médicos estarían supeditadas a los derechos de los pacientes. Este tipo de posturas cuestionan fuertemente el derecho de objeción de conciencia por parte del personal sanitario, ya que puede configurarse en una amenaza a la autonomía del paciente. La objeción de conciencia puede ser motivo de preocupación si llega a convertirse en una tendencia generalizada, pues, tal vez, un número suficiente de médicos dispuestos a asumir las responsabilidades de sus colegas puede llegar a garantizar la prestación de servicios equitativa y eficiente, de esta manera, la objeción de conciencia podría permitirse de buen grado, no obstante, cuando no hay forma de garantizar ese número suficiente de profesionales sanitarios dispuestos a prestar la ayuda para morir, entonces, la objeción de conciencia puede llegar a convertirse en un problema (pp. 92-95).

culturales y religiosos del paciente; el lugar de origen de este (urbano o rural); la cercanía a los centros asistenciales y de prestación de servicios sanitarios; el tipo de familia a la que pertenece el paciente, entre otros aspectos².

Debe considerarse la función que desempeña el contexto en la prestación de asistencia o ayuda para morir. Por lo tanto, la forma y modalidad que asuma la prestación de asistencia o ayuda para morir, cualquiera que sea, debe respetar siempre las prerrogativas del paciente. Por ello, ya no es necesario que la prestación de asistencia o ayuda para morir se realice necesariamente en un ámbito intrahospitalario; también puede llevarse a cabo en ámbitos extrahospitalarios, como el domicilio del paciente o en instituciones como hospicios (*hospices*).

Finalmente, aclaramos a los lectores que el objetivo de esta sección no ha sido observar los actos médicos relacionados con la asistencia al final de la vida y la muerte de forma particular, ya que la ley ha enumerado y clasificado dichos actos en la legislación colombiana y española, que son los casos de estudio, sino analizar de manera general los actos médicos que engloban los actos médicos relacionados con la asistencia al final de la vida y la muerte. A continuación, se explorará el tema de la responsabilidad por el acto médico en la prestación de asistencia o ayuda para morir, analizando primero la conformación de la responsabilidad en el acto médico en general, para concluir con aspectos puntuales de la ayuda para morir y su relación con la responsabilidad por el acto médico.

RESPONSABILIDAD POR EL ACTO MÉDICO EN LA PRESTACIÓN DE ASISTENCIA O AYUDA PARA MORIR

Víctor Manuel Téllez Cobo y Héctor Hernando Hernández Mahecha (2021) sostienen que la relación médico-paciente y/o institución-paciente es de carácter prestacional, lo que implica una obligación que generalmente termina en una responsabilidad (p. 295). El Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago (2011) sostiene que el médico está obligado a poner todos los medios a su alcance para que el paciente pueda recuperar su salud (p. 649). Se dice, por ello, que el acto médico constituye una obligación de medio, y solo en algunos casos, una obligación de resultado (Velásquez Posada, 2009, pp. 43-45). Precisamente, es la diligencia empleada por el médico en la atención del paciente, independientemente del resultado, esto es, la recuperación de la salud del paciente, lo que sirve para establecer el cumplimiento o no de

2 Son derechos del paciente: derecho a la autonomía, a ser tratado con respeto, a la intimidad, a la prevención de la enfermedad y a la prestación de servicios. Son deberes del paciente: cuidar de la propia salud, informar al profesional, hacer buen uso de los recursos, cumplir con el tratamiento y mostrar respeto (Navarro Rubio et al., 2008, p. 369).

la obligación que configura el acto médico (López Fernández, 2000, pp. 108-109, 110). Martha Isabel Rivera Alvarado (2014) señala que “el profesional de la salud se encuentra ante la imposibilidad de garantizar un resultado, cualquiera que este sea” (p. 129). Por lo tanto, el acto médico será, por excelencia, un acto diligente. ¿Pero qué ocurre cuando el médico, aun actuando de modo diligente, causa, como consecuencia de su actuación, un resultado fatal? ¿Puede hablarse aquí de responsabilidad? Para responder a estas preguntas, es necesario considerar las dos dimensiones que constituyen el acto médico.

Según la doctrina, el acto médico puede concebirse de dos formas: como acto jurídico y como hecho jurídico generador de obligaciones (Casa Madrid Mata, 2008; Rivera Alvarado, 2014). Como acto jurídico, el acto médico parte de la manifestación de voluntad en el marco de una relación consensuada entre el médico y su paciente³, que genera derechos y obligaciones para ambas partes. Por tanto, el cumplimiento o no de dichas obligaciones genera efectos jurídicos: en el primer caso, el derecho a exigir el cumplimiento de las obligaciones a la otra parte; en el segundo caso, el derecho a exigir la responsabilidad por perjuicios a causa del incumplimiento o cumplimiento defectuoso de las obligaciones pactadas. Pero más allá del acto jurídico como fuente de obligaciones, hay hechos independientes de la voluntad de las partes, a los que la ley les reconoce efectos jurídicos, y que pueden dar lugar a una responsabilidad civil.

La persona afectada por una mala práctica médica puede demandar por daños y perjuicios mediante una acción civil. Aunque no es la única consecuencia legal que puede derivar para el profesional médico a causa de una mala práctica: también puede enfrentar una acción de tipo penal. Estas consecuencias no siempre se dan de manera conjunta. El profesional médico puede ser llamado a responder por los daños y perjuicios resultantes de su mala práctica y ser condenado a pagar una compensación económica, pero no siempre tendrá que enfrentar una acción de tipo penal por conductas cometidas en el ejercicio de su profesión.

La responsabilidad constituye un elemento clave tanto en la acción civil como en la penal por el acto médico. Para que pueda configurarse la responsabilidad civil por el acto médico, es necesario demostrar la existencia de la relación médico-paciente y determinar el alcance de los derechos y obligaciones en el marco de esta. Mientras que para que pueda configurarse la responsabilidad penal por el acto médico, se exige que la persona a la que se le imputa la responsabilidad

3 Aunque sabido es que la manifestación de la voluntad en la relación médico-paciente puede surgir también de forma unilateral, p. ej. cuando el paciente no está en condiciones de expresar su consentimiento al acto médico, incluso, puede haber una subrogación de la voluntad del paciente a través de un tercero, quien será quien consienta el acto médico de acuerdo a lo que más convenga al paciente.

se haya comportado de forma ilícita, es decir, que su acción u omisión no esté permitida legalmente, por lo que su conducta resulta reprochable y sancionable jurídicamente.

No siempre que se presentan resultados indeseados estamos en presencia necesariamente de un obrar ilícito por parte del médico, porque este ha podido observar estrictamente las normas y, aun así, han podido producirse resultados no deseados. En esos casos, no puede reprochársele al médico su actuar, y mucho menos imponérsele una sanción penal, ya que, independientemente de que los resultados sean adversos o nocivos, estos hechos no son por sí ilícitos.

En el caso de la eutanasia y del suicidio asistido, puede pensarse que lo relevante es el resultado, es decir, la anticipación de la muerte, pero esto no es del todo cierto. Aunque la ley prevé una relación causa-efecto única e inmediata entre la acción desplegada por el personal médico o sanitario y el deceso o muerte del solicitante de la eutanasia o el suicidio asistido, dicha conducta se exceptúa de la prohibición general establecida en el estatuto penal de los países en estudio. Esto ocurre en virtud de que media un procedimiento ya reglado entre lo que sería la petición informada, expresa y reiterada del solicitante de la prestación de asistencia o ayuda para morir y la recepción de esta. Así, la ilicitud del hecho no vendría tanto del resultado de la acción desplegada por el personal médico o sanitario como sí del incumplimiento del procedimiento establecido en la ley.

Los marcos normativos de la eutanasia y el suicidio asistido en Colombia y España exigen que la decisión del solicitante sea persistente y reiterada a lo largo del proceso de solicitud y trámite de la prestación de asistencia o ayuda para morir, lo cual debe ser requerido por el médico receptor de la solicitud para seguir adelante con el proceso asistencial. Otro requisito adicional es que la solicitud y trámite deben llevarse a cabo en un contexto eutanásico, lo cual requiere de cierto tipo de acompañamiento por parte del personal médico o sanitario a la persona solicitante, adoptando este acompañamiento incluso un carácter deliberativo (Resolución 971, 2021; Ley Orgánica 3, 2021) e integral, lo que denota el cumplimiento de una obligación de medio por parte del personal médico o sanitario. De hecho, tanto el marco normativo colombiano como el español prevén la conformación de un comité encargado de verificar el cumplimiento de los requisitos en cada solicitud, que van más allá de las condiciones objetivas propias de cada paciente y se refieren a las actuaciones desplegadas por el personal médico o sanitario y la institución receptora de la solicitud, de las cuales cabe hacer valoraciones o juicios de responsabilidad a partir del cumplimiento de las obligaciones impuestas por la ley. Aunque, por supuesto, es importante satisfacer el derecho del paciente a morir de forma digna, lo primero es que todos los intervinientes en el trámite y procedimiento eutanásico hayan actuado adecuadamente.

Tratándose del suicidio asistido, en el que la intervención del personal sanitario no es directa, sino indirecta en el acto por el que una persona pone fin a su vida, se limita a la prescripción o suministro al paciente de una sustancia para que esta se la pueda autoadministrar y cause su propia muerte⁴. Puede pensarse que el grado de responsabilidad es más débil en comparación con la eutanasia, en la que la administración de la sustancia al paciente es realizada directamente por el profesional sanitario competente. Sin embargo, esto no es exacto del todo, pues debe tenerse en cuenta que el profesional sanitario está obligado a orientar y proporcionar información clara, completa y oportuna al paciente, dentro de los términos contemplados en la ley, para que, hecha la solicitud y agotado el trámite correspondiente, el paciente pueda realizar el procedimiento por sí mismo. Por tanto, a partir del cumplimiento de esta obligación puede valorarse la responsabilidad del profesional sanitario.

Independientemente de si hablamos de eutanasia o de suicidio asistido, la relación médico-paciente e institución-paciente ha de caracterizarse por mantener cierta continuidad, de manera que la solicitud de asistencia o ayuda para morir pueda ser recibida y tramitada siempre dentro del mismo ámbito asistencial. No obstante, esto no siempre es así, pues no hay forma de exigirle al médico que renuncie a su legítimo derecho a objetar en conciencia, el cual puede ejercer siempre que sea en los términos establecidos por la ley, incluso si el receptor de la solicitud es distinto al médico responsable o tratante. De manera similar ocurre con las instituciones prestadoras de servicios sanitarios, que no siempre cuentan con los medios y recursos necesarios para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a morir dignamente. Por tanto, no están obligadas a prestar asistencia o ayuda, pero sí a remitir al paciente a otras instituciones donde puedan prestarla.

En el caso de la eutanasia y el suicidio asistido, la objeción de conciencia o la falta de medios y recursos constituyen limitaciones a la prestación de asistencia o ayuda para morir, en el marco de la relación médico-paciente e institución-paciente, respectivamente. En los cuidados paliativos ocurre distinto; así como a los médicos no les está permitido objetar en conciencia, a las instituciones que prestan cuidados paliativos, y que generalmente tienen habilitado el servicio de hospitalización oncológica, de atención al paciente crónico o de atención domiciliaria al paciente crónico, tampoco les está permitido negarse a prestar el servicio⁵. Por tanto, los cuidados paliativos revisten un carácter obligatorio e inherente a la actuación médica.

4 Se habla aquí de profesional sanitario, y no solo de médico, debido a que la Ley Orgánica 3 de 2021 contempla que la ayuda necesaria para morir puede ser suministrada por los profesionales sanitarios en general, y no solo por el médico.

5 Esto, sin mencionar los hospices, que son instituciones diseñadas especialmente para suministrar cuidados paliativos, y constituyen espacios alternativos a los hospitales.

El enfoque integral y las nuevas concepciones de la disciplina sobre el final de la vida se orientan hacia el ideal de un “buen morir”, e impulsan intervenciones potencialmente normativas por parte de los profesionales. Estas intervenciones abarcan tanto la relación con las familias como las maneras “saludables” de enfrentar y manejar esta experiencia a través del acompañamiento (Alonso, 2013, p. 2546).

Es importante señalar que los deberes legales a menudo se fundamentan en las reglas de cada profesión o *lex artis*. En el caso de la práctica médica, el profesional se obliga a conducirse con la mayor diligencia, empleando los medios disponibles y actuando conforme a la *lex artis*, propio de las obligaciones de medio (Pacheco Gómez, 2011, p. 89). Alejandro Pacheco Gómez (2011) define la *lex artis* como “un conjunto de reglas, técnicas y procedimientos generales que se aplican para la valoración y regulación de la práctica médica” (p. 87). Por tanto, en la práctica médica, para determinar el cumplimiento de la obligación de medio, debe evaluarse si el profesional actuó de forma diligente, empleando los medios disponibles y conforme a las reglas, técnicas y procedimientos generales de su disciplina. En consecuencia, es la disciplina la que determina el deber legal del profesional, y, en ese sentido, la obligación de actuar de determinada manera o el juicio de reproche cuando se actúa de otra, es decir, cuando se incurre en una mala praxis (pp. 94-95). Antonio Fuente Del Campo y Alma Ríos-Ruiz (2018) indican que:

Existirá mala praxis médica cuando se provoque daño en el cuerpo o en la salud de una persona física, sea este daño parcial o total, limitado en el tiempo o permanente, como consecuencia de una acción profesional realizada con imprudencia, negligencia o impericia en su profesión, o por no observar las normas de los deberes a su cargo, apartándose de la normativa legal aplicable. (p. 125)

Cabe suponer que si ya se aceptan, de forma casi unánime, los cuidados paliativos en el ejercicio de la actividad médica, no hay razón para negar al derecho la potestad de exigir al profesional conducirse de determinada manera en el ámbito y contexto de su disciplina. Sin duda, para el derecho, actuará de forma diligente y cuidadosa quien, siguiendo la *lex artis* de su disciplina, aplica de forma adecuada los cuidados paliativos a un paciente. El médico que aplica cuidados paliativos se somete a varias condiciones, entre otras: i) debe enfrentarse, necesariamente, a un contexto eutanásico; ii) debe suspender o adecuar, por lo general, las medidas terapéuticas y, la mayoría de las veces, la hidratación y la alimentación; iii) le es imposible sortear el doble efecto, por tanto, al mismo tiempo que alivia el dolor y sufrimiento, está acortando la vida⁶. Si el médico

6 “El principio del doble efecto excusa un mal inevitable producido por la prosecución impostergable de un bien y permite realizar una acción moralmente legítima, aun cuando de ella puedan surgir consecuencias indeseables” (sic) (Hodelín Tablada, 2012, p. 957).

cumple estas condiciones, entonces, su actuación se ajusta a la *lex artis* de su disciplina, y, en consecuencia, no puede ser objeto de ningún juicio de reproche o responsabilidad.

Por otro lado, a quien presta asistencia o ayuda para morir a través de la eutanasia o el suicidio asistido, se le exige también cumplir unas leyes, unas normas éticas de la profesión, una política institucional y unas directrices éticas para atender las solicitudes de asistencia o ayuda para morir (Arruego, 2020, p. 289; Burgess, 1993, p. 274). Igualmente, la práctica de este tipo de procedimientos implica un cierto nivel básico de competencia profesional, por lo que se hace necesario prestar atención a la investigación y la educación con el fin de garantizar mejores procedimientos (Burgess, 1993, p. 274).

Del mismo modo, el médico que trata a un paciente con una condición clínica que hace inútil la prevención de la enfermedad e imposible la curación de la misma, y hace inviable que el paciente recupere la salud, tratándose de una lesión corporal o enfermedad grave e incurable, o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, persistente en el tiempo, sin posibilidad de curación o mejoría apreciable, está obligado a dejar de hacer o llevar a cabo cualquier esfuerzo encaminado a la prevención o curación de la enfermedad, en el caso de que el paciente haya solicitado la interrupción de tratamiento.

En consecuencia, en la *lex artis* y el derecho encontramos unos deberes de hacer y no hacer del personal médico y sanitario frente a situaciones de final de la vida y muerte.

RESPONSABILIDAD EN LOS ACTOS MÉDICOS AL FINAL DE LA VIDA Y LA MUERTE

Tratándose de actos médicos al final de la vida y la muerte, podemos hablar de dos tipos de responsabilidad: responsabilidad civil y responsabilidad penal.

A medida que los tribunales constitucionales de distintos países en Europa y América han declarado la ilegitimidad de la prohibición de la eutanasia y el auxilio al suicidio en sus respectivos sistemas legales, o bien los parlamentos han hecho lo propio en legislar sobre la asistencia o ayuda para morir (Cámara Villar, 2021; Corcoy Bidasolo, 2024; Viganò, 2023), la responsabilidad penal se ha convertido en algo cada vez más raro, al salir progresivamente de los estatutos penales la prohibición de la eutanasia y el auxilio al suicidio.

En la actualidad, resulta cada vez más difícil hablar de responsabilidad penal por actos médicos al final de la vida y la muerte, precisamente, por la ausencia de fundamentos jurídicos que la respalden. No obstante, todavía la jurisprudencia de países del *Common law* da a entender que cualquier intervención del médico contra la voluntad del paciente puede derivar en responsa-

bilidad civil (y teóricamente penal). Esto se debe a la necesidad que tiene el médico de obtener el consentimiento del paciente, o, en su defecto, por una situación de necesidad médica, para poder hacer cualquier intervención (Koury, 1991, p. 680; Viganò, 2023, p. 504). De lo anterior se podría inferir un nuevo tratamiento hacia la responsabilidad penal por actos médicos.

Jonathan Herring (2012) sostiene que para poder derivar la responsabilidad por el acto médico hacia la imputación penal de una conducta ilícita, específicamente homicidio culposo, no bastaría con demostrar la sola negligencia (o culpa) del médico; es necesario demostrar que el médico estaba en la posición epistémica de poder prever los posibles daños atribuibles a su acción. Andrea Perin (2018) habla de culpa en grado mayor para imputar al médico la responsabilidad penal por sus actos⁷.

Toda práctica o motivación profesional restrictiva de la autonomía del paciente, como la obstinación terapéutica, la sedación paliativa (cuando no existe voluntad de prolongar la vida biológica), el paternalismo médico y la denegación del cuidado paliativo, que produzca sufrimiento y aflicción psicológica, puede dar lugar a responsabilidad (civil) de los médicos o instituciones prestadoras de servicios de salud, ya que en estos actos médicos también pueden ocasionarse daños a los pacientes, con el agravante de que la situación en la que se encuentran los hace más vulnerables al sufrimiento, la impotencia y a tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Los actos médicos al final de la vida y la muerte están sujetos a la responsabilidad por daños, conforme a la tutela que el ordenamiento jurídico sanitario otorga a los pacientes con lesiones corporales o enfermedades graves e incurables, o padecimientos graves, crónicos e imposibilitantes, persistentes en el tiempo, sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.

Para comprender el alcance de dicha protección, se parte de la premisa de que la eutanasia, el suicidio asistido, los cuidados paliativos y demás tratamientos prescritos por la medicina del dolor son actos susceptibles de examen bajo la *lex artis* y los derechos del paciente. En consecuencia, es plausible defender la hipótesis de que, si los médicos inobservan los estándares científicos o lesionan las prerrogativas fundamentales de estos pacientes, deben reparar los perjuicios causados.

En ese orden de ideas, es necesario enfatizar en los daños inmateriales o extrapatrimoniales identificados por la doctrina y la jurisprudencia de la responsabilidad civil, e identificar cuáles

⁷ “La culpa grave, equivalente al dolo civil, tiene que ver con el desconocimiento inexcusable de un patrón socialmente aceptado de comportamiento sancionado a quien se le reprocha haber obrado de un modo contrario a la norma penal, estando en condiciones de haber obrado distinto” (Ámbito Jurídico, 2018).

pueden causarse a los pacientes con lesiones corporales o enfermedades graves e incurables, o padecimientos graves, crónicos e imposibilitantes, persistentes en el tiempo, sin posibilidad de curación o mejoría apreciable, como consecuencia de los errores en actos médicos al final de la vida y la muerte.

Daños extrapatrimoniales causados por actos médicos al final de la vida y la muerte

La noción de daño extrapatrimonial ha sido abordada ampliamente por la doctrina, la cual no ha llegado aún a una sola definición. De Ángel Yágüez (1993) lo define como una aminoración de los bienes no pecuniarios de una persona; constituye una afrenta no equiparable en dinero ni con valor de cambio, por tratarse de aspectos ligados a la humanidad del individuo (p. 675).

Matilde Zavala de González (2009) define al daño extrapatrimonial como una lesión a los derechos de la personalidad que produce efectos negativos en el ámbito moral, psíquico y personal, a diferencia de los daños que afectan el patrimonio económico de la persona. La estimación de estos proviene de la equidad y del arbitrio *sui iuris*, pues no es posible determinar una valoración económica exacta, debido a la intangibilidad de los sentimientos y emociones del ser humano (p. 3).

En la doctrina colombiana, Javier Tamayo Jaramillo (2004) ha abordado con suficiencia el tema de los daños extrapatrimoniales, considerándolos como lesiones a las esferas personales de la víctima, en cuyo contexto la responsabilidad civil no tiene un fin reparativo sino compensatorio (p. 109).

La profesora Milagros Koteich (2012), al referirse al daño extrapatrimonial, sostiene que hay un entendimiento equívoco del mismo, entendiendo que en esta categoría solo está el daño moral y no la multiplicidad de daños, a saber: daño a la vida de relación, perjuicio de grado, alteración a las condiciones de existencia, daño fisiológico, daño estético, etc., en los que perfectamente puede expresarse un efecto pernicioso en la humanidad de una persona (p. 39).

Asimismo, Koteich (2012) argumenta que una noción contemporánea del daño extrapatrimonial debe estar armonizada con los derechos fundamentales. El daño extrapatrimonial a la persona, como base de la responsabilidad civil, ha sido un tema constantemente abordado por la ciencia jurídica. En la actualidad, ha cobrado una notable relevancia debido al creciente interés por la protección de los derechos fundamentales. Esto ha marcado una nueva dirección en la responsabilidad civil, orientada hacia una tutela más completa y resarcitoria de la persona humana (p. 67).

En esa línea argumentativa, el daño extrapatrimonial comprende, de forma integral y holística, la dimensión psicológica, espiritual, física y cultural del ser humano, atendiendo necesidades distintas a las económicas y ampliando el entendimiento del individuo dentro del ámbito de la responsabilidad civil.

En el ejercicio de la medicina, los médicos y las instituciones de salud impactan en el ámbito extrapatrimonial de los pacientes. La vida, la integridad física y psicológica, el sentido existencial y la diversidad cultural son bienes jurídicos que pueden ser vulnerados por yerro de *lex artis* o violación de los dictados del derecho sanitario.

Cada acto médico puede constituir un evento que dé lugar a daños extrapatrimoniales imputables a negligencia humanística o profesional de los médicos y, por contera, desatarse el deber resarcitorio. Por ello, la medicina es una ciencia de gran estimación moral en la sociedad, pero también con enormes exigencias éticas y jurídicas (Bello Janeiro, 2015, p. 79).

Los actos médicos al final de la vida pueden ser enjuiciados en procesos de responsabilidad médica por causar daños extrapatrimoniales a los pacientes con lesiones corporales o enfermedades graves e incurables, o padecimientos graves, crónicos e imposibilitantes, persistentes en el tiempo, sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. Primero, porque el sistema sanitario tiene posición de garante respecto de los derechos fundamentales y de la personalidad de quienes reciben su atención; segundo, porque el paciente en esta condición y sus familiares son susceptibles de experimentar mayor dolor, sufrimiento, congoja, tristeza y aflicción personal. Es así como la tutela resarcitoria entra a operar para satisfacer las demandas de justicia y reparación en los contornos de la medicina paliativa y al final de la vida.

En Colombia, la jurisprudencia y la doctrina han llegado a un consenso respecto de qué daños inmateriales o no pecuniarios deben ser reconocidos, y, por ende, susceptibles de ser invocados como pretensión en una demanda de responsabilidad civil: daño moral, daño a la vida de relación, afectación a bienes constitucionales (en derecho privado), daño moral, daño a la salud y afección a bienes constitucionales y convencionales (derecho público) (Henoa, 2007, p. 121). De esta manera, se evita una posible dispersión categorial y una amplitud injustificada en el catálogo de daños extrapatrimoniales resarcibles vía responsabilidad civil.

En lo concerniente a la responsabilidad médica en medicina del dolor y al final de la vida, es vital tener claro qué daños pueden ser objeto de reclamación por parte de las víctimas de una mala praxis médica, no solo para garantizar la reparación, sino la prevalencia del principio de dignidad al final de la vida.

Por ejemplo, la negativa a realizar la eutanasia, la no asistencia al suicidio, la denegación de los cuidados paliativos, la falta de información para la toma de decisiones sobre la vida y la muerte, y la obstinación terapéutica son ejemplos de conductas ilegítimas que llevan a cabo los médicos y el personal sanitario y que configuran infracciones a la *lex artis* y las disposiciones del derecho sanitario. En consecuencia, dan lugar al deber de reparar los daños extrapatrimoniales que se causen a los pacientes.

La negación de la eutanasia y la asistencia al suicidio y daños extrapatrimoniales

La Corte Constitucional de Colombia y el legislador español ya han fijado algunos criterios orientativos para que los médicos (y/o personal sanitario, según el caso) puedan prestar asistencia o ayuda para morir sin temor a la criminalización o al enjuiciamiento penal de su conducta. Sin embargo, ¿qué ocurre si el médico niega al paciente la prestación de la eutanasia o la asistencia al suicidio?

En este caso, la negativa a realizar la eutanasia o a asistir en el suicidio puede significar un incumplimiento de la obligación del médico de hacer conforme a la *lex artis*. Si la negativa obedece a razones meramente subjetivas del médico, como indebida objeción de conciencia, el deber de reparación recae directamente en el médico responsable, incluso en la institución que preste los servicios sanitarios.

De acuerdo con la *lex artis*, los médicos están obligados a cumplir con las exigencias legales y éticas en la prestación de servicios de salud. En casos de eutanasia y suicidio asistido, el incumplimiento de esta obligación puede dar lugar a responsabilidad civil, incluso si se invoca la objeción de conciencia como argumento. Esto se debe a que la decisión de objetar en conciencia debe seguir un proceso claramente regulado para garantizar los derechos del paciente y evitar un perjuicio injustificado.

Pero la negativa del médico a realizar la eutanasia o a asistir en el suicidio se puede deber también a la falta de medios; en ese caso, la responsabilidad trasciende la figura de responsabilidad individual del médico y se radica inmediatamente en cabeza de la institución.

La negativa a realizar la eutanasia o a asistir al suicidio puede significar también la infracción a los derechos del paciente, con todas las consecuencias civiles que ello pueda acarrear. La jurisprudencia y la doctrina coinciden en señalar que el daño moral es la principal afectación extrapatrimonial que pueden reclamar las víctimas, pero también se han identificado otras, como el daño a la vida de relación y la afectación a bienes constitucionales o convencionales.

En el caso de la eutanasia y el suicidio asistido, el profesional sanitario debe cumplir también la obligación de orientar y proporcionar información clara y completa al paciente. La falta de cumplimiento de esta obligación también puede dar lugar a responsabilidad civil, ya que puede considerarse una infracción a los derechos del paciente y un incumplimiento de la *lex artis*.

Falta de cuidados paliativos y daños extrapatrimoniales

La Ley Orgánica 3 de 2021, en España, y los fallos de la Corte Constitucional de Colombia reconocen el derecho a recibir cuidados paliativos como parte del derecho fundamental a morir dignamente. Sin embargo, la falta de acceso a estos cuidados sigue siendo un problema en la práctica, y esta carencia puede dar lugar a responsabilidad civil por daños extrapatrimoniales.

El derecho a los cuidados paliativos se deriva del deber de asistencia médica integral, que incluye no solo la prolongación de la vida, sino también la atención al dolor y el sufrimiento al final de la vida. Cuando los cuidados paliativos son negados, limitados o inapropiadamente administrados, se vulnera este derecho, lo que puede causar un daño moral significativo al paciente y a su familia.

Además del daño moral, la falta de cuidados paliativos puede afectar la vida de relación del paciente, ya que el sufrimiento innecesario y la falta de apoyo pueden deteriorar sus relaciones familiares y sociales en un momento de alta vulnerabilidad.

Obstinación terapéutica y daños extrapatrimoniales

La obstinación terapéutica, o encarnizamiento terapéutico, es otro acto médico que puede dar lugar a responsabilidad por daños extrapatrimoniales. Este concepto se refiere a la persistencia en tratamientos médicos inútiles o desproporcionados que prolongan innecesariamente el sufrimiento de un paciente terminal.

El encarnizamiento terapéutico contraviene el principio de dignidad humana y puede causar un daño moral al paciente al someterlo a un sufrimiento innecesario. Este sufrimiento, a su vez, puede afectar a la vida de relación del paciente y su entorno familiar, generando un daño adicional que debe ser resarcido.

CONCLUSIONES

El reconocimiento de la asistencia para morir, que incluye la eutanasia, el suicidio asistido y los cuidados paliativos, como actos médicos legítimos, representa un cambio trascendental en la concepción de la medicina y en el rol de los profesionales de la salud. Este reconocimiento no solo

amplía la comprensión del acto médico, sino que también resalta la importancia de una atención sanitaria que respete plenamente la dignidad y la autonomía del paciente, especialmente en el contexto del final de la vida. Sin embargo, este avance viene acompañado de desafíos éticos, legales y profesionales que requieren una reflexión profunda y un marco normativo robusto.

En primer lugar, la aceptación de la eutanasia y el suicidio asistido como actos médicos desafía la visión tradicional de la medicina, que históricamente se ha centrado en la preservación de la vida. La incorporación de estos actos en la práctica médica subraya la importancia de respetar la autonomía del paciente principio fundamental en la ética (bioética) contemporánea. Este enfoque reconoce que, en situaciones de sufrimiento intolerable e irreversible, el derecho a una muerte digna puede prevalecer sobre la obligación de prolongar la vida a toda costa. Este cambio de paradigma exige que los profesionales de la salud se enfrenten a dilemas éticos complejos y que tomen decisiones informadas y sensibles a las necesidades y deseos de los pacientes.

La medicalización del final de la vida, entendida como la integración de los cuidados terminales y de la muerte dentro de la práctica médica, plantea nuevos desafíos en términos de regulación y responsabilidad. La necesidad de un marco normativo que regule adecuadamente la eutanasia y el suicidio asistido es evidente en países como Colombia y España, donde se han dado pasos significativos hacia la legalización y regulación de estas prácticas. Sin embargo, la implementación efectiva de estas normativas requiere superar las barreras que aún persisten, tanto en el ámbito institucional como en el profesional. Esto incluye la resistencia de algunos médicos y organizaciones de salud, que pueden oponerse a estas prácticas por razones éticas o de conciencia.

La objeción de conciencia es uno de los aspectos más controvertidos en la implementación de la eutanasia y el suicidio asistido. Si bien es legítimo que los médicos puedan ejercer su derecho a la objeción de conciencia, es fundamental que este derecho no se convierta en un obstáculo para los pacientes que desean acceder a estos servicios. Los sistemas de salud deben garantizar que existan mecanismos efectivos para derivar a los pacientes a otros profesionales dispuestos a proporcionar la asistencia requerida, asegurando así que los derechos de los pacientes sean respetados en todo momento.

En cuanto a la responsabilidad médica, la incorporación de la eutanasia y el suicidio asistido como actos médicos implica una serie de obligaciones legales y éticas para los profesionales de la salud. Los médicos que participan en estos procedimientos deben actuar con la máxima diligencia y adherirse estrictamente a los procedimientos establecidos por la ley. La responsabilidad en estos casos no solo se limita al ámbito civil, sino que también puede extenderse al ámbito penal en situaciones de negligencia o incumplimiento de los protocolos legales. Por lo tanto, es crucial que los marcos normativos proporcionen claridad y seguridad jurídica tanto para los pacientes

como para los médicos, permitiendo que estos últimos actúen con la confianza de que están cumpliendo con sus obligaciones de manera adecuada y legal.

Los cuidados paliativos, aunque a menudo eclipsados por el debate sobre la eutanasia y el suicidio asistido, juegan un papel fundamental en la atención al final de la vida. Estos cuidados deben ser considerados una parte integral del derecho a morir dignamente, ya que proporcionan alivio al dolor y al sufrimiento, y abordan las necesidades emocionales, psicológicas y espirituales del paciente. La falta de acceso a cuidados paliativos adecuados es una violación del derecho a una muerte digna, y su omisión puede dar lugar a responsabilidad legal por parte de los profesionales de la salud. Por ello, es esencial que los sistemas de salud garanticen que todos los pacientes en etapas terminales tengan acceso a cuidados paliativos de calidad.

Además, la obstinación terapéutica, o el encarnizamiento terapéutico, es otro aspecto que debe ser abordado en el marco de la responsabilidad médica. La aplicación de tratamientos fútiles o desproporcionados que prolongan innecesariamente el sufrimiento del paciente es contraria a los principios de la medicina y puede causar un daño significativo tanto al paciente como a sus familiares. Los sistemas de salud deben asegurarse de que los médicos reciban la formación y el apoyo necesarios para tomar decisiones éticas y bien fundamentadas, evitando así la obstinación terapéutica y garantizando que el enfoque de la atención esté siempre en el bienestar del paciente.

En resumen, la evolución de la medicina hacia un enfoque que incluya el respeto a la dignidad en el proceso de morir representa un avance significativo en la atención sanitaria. Sin embargo, para que este enfoque sea realmente efectivo, es necesario que los marcos normativos se desarrollen de manera que protejan los derechos de los pacientes, respeten las convicciones de los profesionales de la salud y aseguren que la práctica médica se realice de manera ética y responsable. La implementación de estos cambios debe ser acompañada de una reflexión continua sobre las implicaciones éticas y legales de la asistencia para morir, asegurando que la medicina cumpla con su misión de aliviar el sufrimiento y preservar la dignidad humana en todas las etapas de la vida.

REFERENCIAS

- Alonso, J. P. (2013). Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida. *Ciência & Saude Coletiva*, 18, (9), 2541-48. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900008>
- Arruego, G. (2020). On the relationship between the fundamental right to life and assisted death. *BioLaw Journal - Rivista Di BioDiritto*, 3, 287-301. doi: <https://doi.org/10.15168/2284-4503-707>

- Bedoya Hernández, M. H. y Builes Correa, M. V. (2012). El acto médico como ética de la relación. *Iatreia*, 22 (1), 47-54. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/13957>
- Bello Janeiro, D. (2015). *Responsabilidad médica*. Temis.
- Besio Rollero, M. (2003). Sobre el acto médico. *Cuadernos de bioética*, 14 (50), 25-38. <http://aebioetica.org/cuadernos-de-bioetica/archivo-historico/2003/n-50-enero-abril.html>
- Borsatto, A. Z., dos Santos, A. D. S., Progianti, J. M., & Vargens, O. M. d. C. (2019). A medicalização da morte e os cuidados paliativos. *Revista Enfermagem UERJ*, 27, e41021. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.41021>
- Burgess, M. (1993). The medicalization of dying. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 18 (3), 269-279. doi: <https://doi.org/10.1093/jmp/18.3.269>
- Busfield, J. (2017). The concept of medicalisation reassessed. *Sociology of Health & Illness*, 39 (5), 759-774. doi: 10.1111/1467-9566.12538
- Cámara Villar, G. (2021). La regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en el mundo. Panorama general y comparado. *Anuario de derecho eclesiástico del Estado*, 37, 399-464. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8132101>
- Casa Madrid Mata, O. (2008). El acto médico y el derecho sanitario. En C. Tena Tamayo y O. Casa Madrid Mata (coords.), *Medicina asertiva, acto médico y derecho sanitario*. Editorial Alfil.
- Castillo Freyre, M. (2014). Sobre las obligaciones y su clasificación. *Themis: Revista de Derecho*, 66, 209-220. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5081187.pdf>
- Corcoy Bidasolo, M. (2024). Principio de autonomía y derecho a la ayuda a morir: Regulación de la eutanasia. *Revista de Bioética y Derecho*, 61, 109-124. doi: <https://doi.org/10.1344/rbd2024.61.46585>
- De Ángel Yágüez, R. (1993). *Tratado de responsabilidad civil*. Editorial Civitas.
- Dugdale, L. S. (2014). Therapeutic Dying. *The Hastings Center Report*, 44 (6), 5-6. doi: <https://doi.org/10.1002/hast.379>
- Fuente-Del-Campo, A. y Rios-Ruíz, A. (2021). El ejercicio de la Medicina y su entorno legal. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 44 (2), 123-130. doi: <https://dx.doi.org/10.4321/s0376-78922018000200002>
- Galati, E. (2018). La eutanasia y la medicalización de la muerte desde una perspectiva jurídica compleja. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 18 (1), 69-86. doi: <https://doi.org/10.18359/rlbi.1833>
- Gamblin, V., Da Silva, A., Chevalier, L., Pierrat, M., Villet, S., & Touzet, L. (2017). Sedation or the limits of palliative care - ethical questions. *Ethics, Medicine and Public Health*, 3 (3), 343-348. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2352552517300774>
- Gempeler Rueda, F. E. (2016). Derecho a morir dignamente. *Universitas Medica*, 56 (2), 178-185. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/16356>

- Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago. (2011). Eutanasia y acto médico. *Revista Médica de Chile*, 139 (5), 642-654. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000500013>
- Guerrero Quiñones, J. L. (2022). Physicians' Role in Helping to Die. *Conatus: Journal of Philosophy*, 7 (1), 79-101. doi: <https://doi.org/10.12681/cjp.29548>
- Guzmán Mora, F. (2001). El acto médico: Consideraciones básicas. *Medicina*, 23 (1), 8-13. <https://revista-medicina.net/index.php/Medicina/article/view/55-2>
- Henao, J. C. (2007). *El Daño. Análisis comparativo de la responsabilidad extracontractual del Estado en Derecho colombiano y francés*. Editorial de la Universidad Externado de Colombia.
- Herring, J. (2012). *Medical Law and Ethics* (4ª ed.). Oxford University Press.
- Hodelín Tablada, R. (2012). El principio del doble efecto en la sedación a pacientes terminales. *MediSan*, 16 (6), 949-959. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=35226>
- Karsoho, H., Fishman, J. R., Wright, D. K., & Macdonald, M. E. (2016). Suffering and medicalization at the end of life: The case of physician-assisted dying. *Social Science & Medicine*, 170, 188-196. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795361630569X?pes=vor>
- Kaczmarek, E. (2019). How to distinguish medicalization from over-medicalization? *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22 (1), 119-128. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29951940/>
- Koury, A. A. (1991). Physician-assisted suicide for the terminally ill: the ultimate cure. *Arizona Law Review*, 33 (3), 677-700.
- Koteich, M. (2012). *La reparación del daño como mecanismo de tutela de la persona*. Editorial Universidad Externado de Colombia.
- López Fernández, C. (2000). Obligaciones de medios y de resultado. *Revista de la Facultad de Derecho*, 18, 97-132. <https://revista.fder.edu.uy/index.php/rfd/article/view/271>
- Merchán Price, J. (2008). La eutanasia no es un acto médico. *Persona y Bioética*, 12 (1), 42-52. <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/959>
- Navarro Rubio, M. D., Muñiz, G. G. y Jovell Fernández, A. J. (2008). Los derechos del paciente en perspectiva. *Atención primaria*, 40 (7), 367-369. doi: <https://doi.org/10.1157/13124131>
- Oya Márquez, A. (2017). ¿Es la medicalización un fenómeno negativo? Un análisis de las consecuencias que suelen atribuirse a la medicalización. *Daimon: Revista Internacional de Filosofía*, 71, 7-18. doi: <https://doi.org/10.6018/daimon/230801>
- Pacheco Gómez, A. (2011). *Legitimación del acto biomédico*. Editorial Alfil.
- Parra Sáez, J. (2019). La medicalización de la vida y la sociedad contemporánea: origen, participantes y consecuencias. *Bajo Palabra*, 22, 221-238. doi: <https://doi.org/10.15366/bp2019.22.011>

- Perin, A. (2018). La redefinición de la culpa (imprudencia) penal médica ante el fenómeno de la medicina defensiva. Bases desde una perspectiva comparada. *Política criminal*, 13 (26), 858-903. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-33992018000200858>
- Rivera Alvarado, M. I. (2014). ¿Qué se entiende por responsabilidad del acto médico? Una reflexión desde la biojurídica. *Escritos*, 22 (48), 123-142. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/escritos/article/view/742>
- Romeo Casabona, C. M. (2021). La ley orgánica reguladora de la eutanasia y la adaptación del código penal. *BioLawJournal - Rivista di BioDiritto*, 2, 283-314. doi: <https://doi.org/10.15168/2284-4503-823>
- Salem, T. (1999). Physician-Assisted Suicide. Promoting Autonomy or Medicalizing Suicide? *Hasting Center Report*, 29, (3), 30-36. <https://www.jstor.org/stable/3528193>
- Tamayo Jaramillo, J. (2004). *Tratado de responsabilidad civil*. Legis.
- Téllez Cobo, V. M. y Hernández Mahecha, H. H. (2021). El papel de la responsabilidad en el derecho médico. En E. Murillo Amaris, J. S. Marín Ordóñez y G. Rincón Andreu (Eds.), *Fundamentos de derecho médico* (pp. 295-354). Universidad Santiago de Cali, Editorial Dike.
- Vargas, C. A. (2022). El acto médico situado en la región Latinoamericana. *Frónesis*, 29 (3), 205-233. <https://produccioncientificaluz.org/index.php/fronesis/article/view/39461>
- Velásquez Posada, O. (2009). *Responsabilidad civil extracontractual*. Universidad de La Sabana.
- Viganò, F. (2023). Eutanasia y derechos fundamentales. *Política criminal*, 18 (36), pp. 500-537. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-33992023000200500>
- Villaruel Soto, R. (2009). Bioética y reciprocidad en el reconocimiento de derechos y deberes. *Acta Bioethica*, 15 (1), 79-86. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2009000100010>
- Zavala de González, M. (2009). *Resarcimiento del daño moral. Tratado de daños a las personas*. Astrea.
- Zaman, M., Espinal-Arango, S., Mohapatra, A., & Jadad, A. R. (2021). What would it take to die well? A systematic review of systematic reviews on the conditions for a good death. *The Lancet Healthy Longevity*, 2, (9), e593-e600. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666756821000970?pes=vor>

Normas citadas

- Reino de España (2021). Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2021). 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 del Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=114617>

Jurisprudencia citada

Corte Constitucional de Colombia (1997). Sentencia C-239, M. P.: Dr. Carlos Gaviria Díaz. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/C-239-97.htm>

Corte Constitucional de Colombia (2021). Sentencia C-233, M. P.: Dra. Diana Fajardo Rivera. <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2021/C-233-21.htm>

Corte Constitucional de Colombia (2022). Sentencia C-164, M. P.: Dr. Antonio José Lizarazo Ocampo. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/C-164-22.htm>

Sentencia del Segundo Senado del Tribunal Constitucional Federal Alemán. (2020). *2 BvR 2347/15, Rn. 1-343*. http://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html

Referencias en Internet

Ámbito Jurídico. (2018). Así se diferencia la culpa civil de la penal, para efectos de la responsabilidad extracontractual. *Ámbito Jurídico*. <https://www.ambitojuridico.com/noticias/administrativo/administrativo-y-contratacion/asi-se-diferencia-la-culpa-civil-de-la-penal>