



Persona y Bioética
ISSN: 0123-3122
ISSN: 2027-5382
Universidad de la Sabana

Merchán-Price, Jorge
Eutanasia, matar y dejar morir. Desambiguación del concepto
de eutanasia y consideraciones bioéticas esenciales
Persona y Bioética, vol. 23, núm. 2, 2019, Julio-Diciembre, pp. 207-223
Universidad de la Sabana

DOI: <https://doi.org/10.5294/PEBI.2019.23.2.4>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83263857004>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

UNEM 

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

EUTANASIA, MATAR Y DEJAR MORIR. DESAMBIGUACIÓN DEL CONCEPTO DE EUTANASIA Y CONSIDERACIONES BIOÉTICAS ESENCIALES

*EUTHANASIA: TO KILL OR TO LET DIE. CONCEPT DISAMBIGUATION
AND ESSENTIAL BIOETHICAL CONSIDERATIONS*

*EUTANÁSIA, MATAR E DEIXAR MORRER. DESAMBIGUAÇÃO DO CONCEITO DE
EUTANÁSIA E CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS ESSENCIAIS*

Jorge Merchán-Price¹

RESUMEN

El propósito de este artículo es desambiguar el concepto de “eutanasia”, describir las conductas que equivocadamente son asociadas a ella, y diferenciar aquellas que no son eutanasia de aquella única que sí lo es. Además, se hacen las consideraciones bioéticas mínimas en relación con los términos de “eutanasia”, “matar” y “dejar morir”, y se discuten en pacientes conscientes e inconscientes.

PALABRAS CLAVE (FUENTE: DECS): eutanasia; espectro eutanásico; trampa moral; eutanasia activa; matar; dejar morir.

DOI: 10.5294/PEBI.2019.23.2.4

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO

Merchán-Price J. Eutanasia, matar y dejar morir. Desambiguación del concepto de eutanasia y consideraciones bioéticas esenciales. *Pers Bioet.* 2019;23(2): 207-223. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.4>

1 <https://orcid.org/0000-0002-9926-4684>. Médicos Azules, Colombia.
medicosazules@hotmail.com

RECEPCIÓN: 23/08/2019

ENVÍO A PARES: 23/08/2019

APROBACIÓN POR PARES: 15/10/2019

ACEPTACIÓN: 18/10/2019

ABSTRACT

The purpose of this original paper is to clarify the term “euthanasia”, describing the varied conducts wrongly associated with it and distinguishing those that are not euthanasia from the only one that certainly is. Additionally, basic bioethical considerations are presented regarding the terms “euthanasia,” “killing” and “letting die,” and discussed in relation to conscious and unconscious patients.

KEYWORDS (SOURCE: DECS): Euthanasia; euthanasic spectrum; moral trap; active euthanasia; killing; letting die.

RESUMO

O objetivo deste artigo é desambiguar o conceito de eutanásia, descrever as condutas que, de forma equivocada, são associadas a ele e diferenciar as que não são eutanásia daquela única que realmente é. Além disso, são feitas considerações bioéticas mínimas quanto aos termos “eutanásia”, “matar” e “deixar morrer”, os quais são discutidos com relação a pacientes conscientes e inconscientes.

PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DECS): eutanásia; armadilha moral; eutanásia ativa; matar; deixar morrer.

INTRODUCCIÓN

Es evidente que existe una gran confusión con respecto a la eutanasia y a las distintas conductas asociadas a ella. En el mundo en general, especialmente en las diferentes esferas académicas, tanto en medicina como en derecho, en antropología y sociología, el término “eutanasia” se usa de manera confusa y con liberalidad irresponsable.

No debería sorprendernos, entonces, que existan tantos proyectos legislativos fallidos y distorsionados alrededor del mundo, ni tampoco tanta controversia sobre el tema. En Colombia, por ejemplo, han pasado ya más de 20 años desde la Sentencia C-297 expedida por la Corte Constitucional, y en ese periodo de tiempo múltiples proyectos de ley han fracasado (1, 2). Cuando se habla de eutanasia, por un lado, los legisladores que la promueven no saben a ciencia cierta qué conductas específicas quieren legitimar y, por otro, aquellos que la rechazan tampoco saben muy bien qué conductas condenar.

Además, si es un médico quien practica la eutanasia, las personas asumen de manera errónea que este es un acto moralmente bueno.

Infortunadamente, la verdad es que la eutanasia en Colombia existe hoy en día, no porque la Corte Constitucional lo permita, sino solo porque algunos médicos la practican, pudiendo jurídica y éticamente negarse a hacerlo. Nadie puede ser constitucionalmente obligado a matar y el derecho a la objeción de conciencia está protegido en Colombia (3).

Las razones por las cuales los médicos que realizan la eutanasia (por fortuna algunos pocos) no se niegan a ello son cinco. En primer lugar, porque su formación

ética es insuficiente y han olvidado que la autoridad de la ley no está por encima de la autoridad moral que les confiere la dignidad de su profesión, y que el bastión fundamental de dicha dignidad es el respeto por el valor de la vida. En segundo lugar, porque confunden la auténtica compasión y el genuino espíritu de servicio inherentes a la medicina con la simple complacencia y con un sentimentalismo vacío y estéril. En tercer lugar, porque los conceptos que hacen referencia a la eutanasia no solo son confusos, sino que “confunden” intencionalmente a legos y expertos. En cuarto lugar, porque el Ministerio de la Protección social ejerce una coacción multiforme y permanente sobre los médicos. Piénsese, por ejemplo, en la discriminación de la cual son objeto los médicos que no están dispuestos a matar (por fortuna, todavía la gran mayoría) y que con ello ponen su seguridad laboral en riesgo. Y, en quinto lugar, la más triste de todas, porque existe hoy en día un creciente desinterés moral universal que viene contaminando a los médicos en todo el mundo y que se evidencia en la falta de carácter suficiente para hacer respetar su profesión.

Es necesario, entonces, aunque ya lo hiciera en otra parte (4, 5), hacer algunas consideraciones éticas sobre el acto médico en general y recordar que una conducta médica es ética solo si se subordina al valor esencial y universal de la vida. Si se subordina a ese valor, entonces el fin último de su acción será restablecer la salud y preservar la vida del paciente y, si no lo hace, la conducta que la origina no será una conducta moralmente estructurada y el fin último de su acción será cualquier otra cosa, menos restablecer la salud y preservar la vida de sus pacientes.

Y en este punto no puede haber ambigüedades de ninguna índole. El médico es, ante todo y por encima de todo, un

LAS CONSIDERACIONES SOBRE LA CALIDAD DE ESA VIDA, AUNQUE CIERTAMENTE SON ESENCIALES, DE NINGUNA MANERA LO SON HASTA EL PUNTO DE SUGERIRLE AL MÉDICO QUE LA VIDA SIN CALIDAD NO TIENE VALOR. ESA PUEDE SER UNA VALORACIÓN SUBJETIVA DEL PACIENTE, MUY RESPETABLE QUIZÁS, PERO NO PUEDE SER UNA VALORACIÓN OBJETIVA DEL MÉDICO QUE EN UN MOMENTO DETERMINADO LE SUGIERA DE MANERA EQUIVOCADA DESCONOCER EL VALOR DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO Y MUCHO MENOS MATARLO.

defensor de la vida humana, entendida y asumida esta como la realidad biológica que ella es y que se expresa en un cuerpo humano vivo, cuya homeostasis garantiza la salud y la existencia del hombre. Por eso su misión única es la de restablecer la salud y preservar la vida de sus pacientes. Las consideraciones sobre la calidad de esa vida, aunque ciertamente son esenciales, de ninguna manera lo son hasta el punto de sugerirle al médico que la vida sin calidad no tiene valor. Esa puede ser una valoración subjetiva del paciente, muy respetable quizás, pero no puede ser una valoración objetiva del médico que en un momento determinado le sugiera de manera equivocada desconocer el valor del esfuerzo terapéutico y mucho menos matarlo.

Para el médico con una ética bien estructurada no existe ninguna otra posible consideración que justifique su misión con respecto al valor de la vida, excepto su presencia como el hecho biológico real e indiscutible que es y que permite la existencia del paciente. No son los sentimientos, ni los sentimentalismos ni ninguna otra consideración ideológica en el orden social, económico, cultural o religioso con respecto a la calidad de la vida las que determinan el objeto único de su acción, sino solo su respeto por el bien de la vida que, o está presente... o no lo está.

Lo anterior no significa, sin embargo, que sea deber del médico hacer cualquier cosa, a cualquier costo, con tal de mantener viva a una persona (encarnizamiento terapéutico), sino que a la luz de la razón ejercerá siempre su misión equilibrada, entendiendo sus limitaciones y, sin hacer menos, tampoco hará más innecesariamente. Esto último significa exactamente eso y el único posible desenlace será entonces la muerte natural del enfermo en el marco de los cuidados paliativos bien concebidos (6-8). El médico bien estructurado jamás adelantará la muerte de sus pacientes y mucho menos podrá matarlos.

El paciente, a su turno, en virtud de su autonomía moral, podrá relativizar y distorsionar su particular concepción del valor de la vida, y algunas corrientes humanistas posmodernas (9) podrán promover esas distorsiones, pero el médico bien estructurado protegerá siempre la vida como el bien biológico no restituible y singular que es y que ha lo sido siempre en todo tiempo y lugar, que por eso mismo se constituye en un valor universal. Así, el médico no es un instrumento social a la “disposición incondicional” del paciente para que este último solicite “lo que quiera”, sino que es un guardián imparcial y respetuoso del valor de la vida que debe siempre y en toda circunstancia obrar en armonía con el respeto por

ese valor. En otras palabras, y sin desconocer el valor fundamental de la persona que es su paciente, “primero la vida, después el paciente”, no al contrario.

Se hace necesario, entonces, desambiguar el concepto de eutanasia y clarificar el alcance de los términos asociados a ella con el fin de traer luz sobre el tema y despejar la maraña de confusión moral y jurídica que distorsiona el juicio ético del médico y que, además, enturbia los trabajos académicos y los proyectos de ley que pretenden legitimarla.

EL ESPECTRO EUTANÁSICO

Podemos definir el espectro eutanásico como el conjunto de conductas reales tomadas, ya sea por el sujeto activo (el que mata) o por el sujeto pasivo (el que pide que lo maten, o que lo ayuden a quitarse la vida, o que lo dejen morir o el que es asesinado sin su consentimiento), y que ya sea por desconocimiento o con la expresa intención de confundir, se asocian equivocadamente con la eutanasia. No voy a extenderme más allá de la clarificación de los conceptos porque el objetivo de este artículo es solo su desambiguación y describir sus implicaciones éticas.

Estas conductas pueden dividirse en dos categorías: aquellas que matan y aquellas que dejan morir, esto es, que no entorpecen la muerte natural del enfermo.

Conductas que matan:

1. Eutanasia activa.
2. Suicidio asistido.
3. Homicidio simple.
4. Homicidio por piedad.

Conductas que dejan morir:

5. Rechazo voluntario de tratamiento no instaurado.
6. Rechazo voluntario de tratamiento no vital *ya instaurado*.
7. Rechazo voluntario de tratamiento vital *ya instaurado*.

Tabla 1. Espectro eutanásico

Conducta		Estado de conciencia	Autorización o testamento	Eutanasia activa
1*	Eutanasia activa	Consciente	(+)	Sí
		Inconsciente	(+)	Duda ⁱ
2*	Suicidio asistido	Consciente	(+)	No
3*	Homicidio simple (o agravado)	Consciente	(-)	No
		Inconsciente		
4*	Homicidio por piedad	Consciente	(-)	No
		Inconsciente		
5 ⁺	Rechazo voluntario de tratamiento no instaurado	Consciente	(+)	No
		Inconsciente		
6 ⁺	Rechazo voluntario de tratamiento no vital ya instaurado	Consciente	(+)	No
		Inconsciente		
7 ⁺	Rechazo voluntario de tratamiento vital ya instaurado	Consciente	(+)	No
		Inconsciente	(+)	Duda ⁱⁱ

* Conductas que matan.
⁺ Conductas que dejan morir.
ⁱ Eutanasia activa frente a homicidio simple (o agravado).
ⁱⁱ Muerte natural frente a homicidio simple (o agravado).

Fuente: elaboración propia.

UNA TRAMPA MORAL EXISTE CUANDO
SE EXPONEN ARGUMENTOS, EN EFECTO
RAZONABLES, PARA JUSTIFICAR CON ELLOS
CONDUCTAS O ACCIONES QUE NO ESTÁN
DIRECTAMENTE RELACIONADAS ENTRE SÍ.

A continuación, veremos estas conductas en detalle, pero comencemos primero por destacar el hecho de que términos como eutanasia pasiva, eutanasia directa, eutanasia indirecta, ortotanasia, mistanasia, eutanasia voluntaria, eutanasia involuntaria y muchos otros son realmente obsoletos y ya no deberían ser utilizados. Son ambiguos y no tienen ninguna utilidad práctica, excepto solo la de confundir y distraer.

Como puede verse, la eutanasia pasiva no está incluida en el espectro eutanásico. El término “eutanasia pasiva” es el más confuso de todos y, generalmente, se usa de manera indistinta para hacer referencia a los puntos 4, 5, 6 y 7 del espectro eutanásico. Todas ellas serán descritas de manera puntual.

Como quedará claro más adelante, solo la activa es verdadera eutanasia y por ello deberíamos referirnos a ella simplemente como eutanasia. Sin embargo, será descrita en este artículo como eutanasia activa, esperando que en un futuro cercano nos refiramos a ella sin su adjetivo. Ninguna de las otras conductas descritas en el espectro eutanásico es eutanasia (tabla 1).

La eutanasia activa, lo mismo que las demás conductas del espectro eutanásico, puede o no ser condenable desde un punto estrictamente religioso, pero las consideraciones religiosas no son el objetivo de este artículo.

Definamos ahora de manera clara las conductas del espectro eutanásico real y analicemos sus implicaciones éticas.

EUTANASIA ACTIVA

La eutanasia activa es la terminación intencional de la vida de quien voluntariamente solicita que lo maten con el fin de aliviar sus sufrimientos. Es muy importante recalcar el hecho de que el enfermo que pide la eutanasia no está pidiendo que lo dejen morir, sino que de manera explícita está manifestando su deseo de que lo maten. Además, sin el consentimiento expreso del paciente no puede hablarse de eutanasia activa. Es un homicidio doloso y describe el acto que causa intencionalmente la muerte del enfermo, quien muere como consecuencia del acto homicida y no como consecuencia directa de su enfermedad de base.

El sujeto activo, un médico, queda exento de cualquier responsabilidad penal si cumple con las condiciones especificadas en la Sentencia C-239 de 1997 de la Corte Constitucional de Colombia (10), de alguna manera reformuladas y ampliadas por la misma corporación en la Sentencia T-970 de 2014 (11) y, posteriormente, en la Sentencia T-544 de 2017 (12) en relación con los niños, niñas y adolescentes.

En principio, las condiciones para permitir la eutanasia activa son que el enfermo padezca intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o de enfermedad grave o incurable, que cuente con la información seria y fiable acerca de su condición terminal, que tenga la capacidad intelectual suficiente para tomar la decisión, que esta sea genuina y no el efecto de una depresión momentánea, y que su consentimiento sea libre e inequívoco.

Fue un error muy grave de la Corte haber querido justificar jurídicamente con esas condiciones la conducta homicida del médico. Esas condiciones, aunque son rigurosas y estrictas, no justifican la permisión de matar y solo excusan, en virtud de la autonomía del paciente, que otra persona pueda retirarle cualquier medida terapéutica vital o no vital ya instaurada, si el enfermo pide voluntariamente que se la retiren. En este último caso, el enfermo muere de manera natural, como consecuencia directa de su enfermedad y no como consecuencia de un acto homicida. Hay una gran diferencia entre lo uno y lo otro y, así las cosas, la inclusión de esas condiciones como justificativas de un acto homicida directo y doloso (eutanasia activa) solo puede describirse como una muy ingeniosa “trampa moral”.

Una trampa moral existe cuando se exponen argumentos, en efecto razonables, para justificar con ellos conductas o acciones que no están directamente relacionadas entre sí. Para que una trampa moral sea exitosa y logre su cometido, se necesitan mínimo dos requisitos. El primero es que quien aplica la trampa sea alguien con autoridad real, moral o jurídica, como la Corte Constitucional en efecto lo es, en este caso. El segundo, que los argumentos estén, primero, detallados en exceso para impartir la noción de rigurosidad y seriedad (como ocurre con las condiciones descritas), y segundo, investidos de una carga emocional contextual suficiente e innegable. La verdad es que constitucionalmente solo puede justificarse que las personas se dejen morir si así lo desean, pero no puede justificarse, con esos mismos argumentos, la permisión de quitarles la vida con impunidad.

No sorprende, entonces, el hecho de que en la Sentencia C-239 de 1997, la Corte Constitucional de Colombia haya, además, elegido al médico como el sujeto activo,

esto es, como la persona encargada de matar a quien, cumpliendo ciertos requisitos, lo solicite. No hay duda de que con ello se buscaba investir el acto eutanásico con un aura moral de autoridad que no le es inherente. La Corte, con tranquilidad pasmosa, designó al médico como sujeto activo, presuponiendo irrespetuosamente que los médicos no tienen ni han tenido nunca inconveniente alguno para matar y que quizás no lo habían hecho en el pasado solo porque no existía un soporte jurídico que se los permitiera. Dijo la Corte Constitucional al respecto:

Por ello la Corte concluye que el sujeto activo debe de ser un médico, puesto que es el único profesional capaz no solo de suministrar esa información al paciente sino además de brindarle las condiciones para morir dignamente. Por ende, en los casos de enfermos terminales, los médicos que ejecuten el hecho descrito en la norma penal con el consentimiento del sujeto pasivo no pueden ser, entonces, objeto de sanción y, en consecuencia, los jueces deben exonerar de responsabilidad a quienes así obren. (10)

El solo hecho de informar al paciente la gravedad de su situación no lo hace, de ninguna manera, el indicado para matarlo. Afirmar algo semejante es tan irracional como decir que el juez que condena al acusado a la pena de muerte es, por el mero hecho de explicarle las razones de su sentencia, la persona indicada para ejecutarlo. Adicionalmente, y quizás más importante aún, no es función de la Corte Constitucional determinar cuáles son las funciones de los médicos.

La Corte “estiró” la Constitución, no solo para hacerle decir lo que no dice, sino que además no tuvo inconveniente alguno en distorsionar y envilecer los nobles principios milenarios propios de la profesión médica.

Afortunadamente, no le fue posible “estirla” hasta el punto de poder imponerle al médico la obligación de matar. Si bien es cierto que la sentencia descriminaliza el acto homicida, de ninguna manera es verdad que realizarlo sea una obligación jurídica del médico ni de ninguna otra persona natural. Ni la Constitución Política de Colombia ni ninguna otra constitución política de la inmensa mayoría de los países del mundo permiten imponerles a las personas naturales la obligación de matar.

Sin embargo, por la vía de lo que solo puede describirse como un “atajo jurídico”, esta obligación les fue impuesta a las personas jurídicas (empresas e instituciones prestadoras de salud) y, a través de ellas, de manera indirecta al médico. Pero, paradójicamente, es la introducción de dicha obligación, entre otras razones, la que no permite que el derecho a la muerte digna pueda ser considerado un derecho fundamental (como equivocadamente lo definió la Corte).

La razón de esto es que un derecho fundamental no puede ser uno tal que para su ejercicio se requiera a) de la imposición de la obligación de matar y b) de la incentivación y de la promoción directa o indirecta de la acción de matar que manosea de manera negativa la nobleza del corazón humano y rebaja indignamente el espíritu de cualquier constitución.

La eutanasia activa, aunque no es un delito porque así lo definió la Corte Constitucional de Colombia, es una conducta éticamente reprochable desde el punto de vista médico. Es éticamente equivocada en cualquier circunstancia, no hay excepciones posibles ni legítimas y cualquier médico que la realice es un profesional del que puede afirmarse que tiene su estructuración ética mal fundamentada.

Matar deliberadamente no tiene ningún efecto terapéutico, excepto si se considera al paciente mismo como una enfermedad de la sociedad. En principio, la eutanasia activa, por cualquier razón, es un acto eugenésico reprochable desde el punto de vista médico.

Es curioso, pero las personas y las organizaciones que defienden la eutanasia lo hacen con vehemencia, sin embargo, al mismo tiempo y paradójicamente, la gran mayoría de ellos no se conciben a sí mismos matando a sus familiares. En pocas palabras, “está bien matar... pero que sea otro quien lo haga”.

Esto nos demuestra que aun para ellos matar no es cosa menor, ya sea por compasión o por cumplir con una resolución judicial, y que, mediante presión social o laboral, imponer esa obligación a terceras personas (a los médicos a través de las empresas e instituciones prestadoras de salud) es un atropello sin precedentes en la historia jurisprudencial de nuestro país.

Ello evidencia, además, que la práctica de la eutanasia activa no es más que la introducción forzada de una ideología malsana y no, en cambio, la expresión de un sentimiento generalizado y auténtico de solidaridad amorosa, como ellos pretenden hacerlo ver.

Si la eutanasia activa fuera un acto de amor, entonces sería muy popular en Colombia y en el mundo entero. Pero no solo no lo es, sino que en el país nadie la pidió; nadie la solicitó. Fue introducida, *motu proprio*, de manera caprichosa, por la Corte Constitucional.

La eutanasia activa, hoy en día, solo es permitida en cinco países del mundo: Holanda, Luxemburgo, Bélgica, Canadá y Colombia, que en conjunto solo representan el 2% de todos los países del orbe.

No es aceptada en Estados Unidos en ninguno de sus estados, y allí solo se permite el suicidio asistido.

Ahora bien, si el paciente está consciente y voluntariamente pide que lo maten mediante una inyección letal, el médico no debe hacerlo y con respeto debe retirarse del caso. No debe practicar esa eutanasia activa. No es su obligación profesional matar y no está obligado a ello ni ética ni jurídicamente. No existe en ninguna parte del mundo una ley que criminalice a las personas por no matar.

Y si este mismo paciente que pide que lo maten, muere porque se le suspenden los tratamientos vitales o se le desconecta el ventilador mecánico, en ese caso, también se trata de una eutanasia activa. No vale el apelativo de eutanasia “pasiva” por el mero hecho de no haberlo matado con una inyección letal. Cuando expresamente el paciente ha solicitado que lo maten, desconectarlo del ventilador o suspenderle sus medicamentos vitales no es una medida “pasiva”. El predicado de “pasivo” solo pretende minimizar el acto homicida al dar a entender que no es tan grave, que no es tan “malo” y que, al fin y al cabo, el paciente, como estaba enfermo, “se murió solito”. No es cierto, el paciente no se murió solo; el sujeto activo adelantó su muerte con el hecho intencional y positivo de matarlo, apagando el ventilador mecánico.

Pero si, a diferencia del caso anterior, el paciente consciente solicita, no que lo maten, sino que lo dejen morir desconectándolo del ventilador mecánico o que le sean suspendidas las medidas terapéuticas vitales, entonces no es una eutanasia activa lo que se estaría llevando a cabo, sino que se trataría de un “rechazo voluntario de tratamiento vital ya instaurado”, el cual se abordará más adelante. En este caso, el paciente no muere como consecuencia directa

RESPECTO A UN PACIENTE INCONSCIENTE EN EL QUE NO MEDIA UNA SOLICITUD TESTAMENTARIA, ENTONCES SE TRATARÁ, EN CASO DE MATARLO O DE DEJARLO MORIR, DE UN HOMICIDIO SIMPLE (O AGRAVADO) O DE UN HOMICIDIO POR PIEDAD.

de un acto homicida, sino como consecuencia directa de su enfermedad de base.

Queda claro entonces que, sobre la base de la autonomía del paciente, no es lo mismo dejar morir que matar, y son la intención y el objeto mismo de la acción, de lo uno o de lo otro, los que determinan y definen, no solo la conducta médica que se está llevando a cabo, sino su moralidad, esto es, su licitud o ilicitud éticas.

Ahora bien, si el paciente está inconsciente y existe un testamento vital en el que el enfermo solicita que lo maten, si muere por el efecto directo de una inyección letal de potasio o por el efecto de una sobredosis de sedantes o por una combinación de ambos, o porque se le desconecta del ventilador mecánico, se tratará de una eutanasia activa.

Pero si ese mismo paciente inconsciente ha solicitado, no que lo maten, sino que lo dejen morir, entonces se tratará también de un “Rechazo voluntario de tratamiento vital ya instaurado”, que se estudiará más adelante.

Y, finalmente, respecto a un paciente inconsciente en el que no media una solicitud testamentaria, entonces se tratará, en caso de matarlo o de dejarlo morir, de un

homicidio simple (o agravado) o de un homicidio por piedad. Ambos serán descritos con sus particularidades más abajo.

No sobra insistir en el hecho de que siempre que se trate de un paciente inconsciente, independientemente de si la solicitud testamentaria transmite el deseo del enfermo de que lo maten o lo dejen morir, la obligación moral del médico será siempre la de cuestionar ese testamento vital porque el enfermo pudo muy bien haber cambiado de opinión entre el momento en que redactó el consentimiento y el momento en que se enfermó. Esa duda no permite establecer si lo que se practica es una eutanasia activa o un homicidio simple o agravado (tabla 1).

Esa duda podrá no tener un valor jurídico para el Estado o para la familia que pretenden su muerte, pero desde un punto de vista ético el médico no la puede desconocer y es, entre otras, una razón más para no matarlo ni dejarlo morir.

SUICIDIO ASISTIDO

El suicidio asistido, como su nombre lo indica, es la asistencia de un tercero al suicidio de un paciente en un contexto de enfermedad grave o incurable percibida por el enfermo como indigna, insuperable y sufriente. Esencialmente, se trata del mismo paciente que solicita una eutanasia activa, pero a diferencia de este, el suicida tiene la capacidad física de quitarse él mismo la vida y opta por ello. El suicidio asistido solo puede darse en pacientes conscientes.

No es inducción al suicidio, no es eutanasia activa, no es eutanasia pasiva y no es eutanasia de ninguna clase porque no puede decirse de quien se suicida, con o sin ayuda, que se esté “eutanasiano” él mismo.

Por lo general, el médico que asiste al suicida solo le proporciona los medicamentos y las indicaciones precisas para el fin, pero no es él quien directamente lo mata. El suicida muere como consecuencia directa del acto suicida y no como consecuencia de su enfermedad de base. Por definición, el suicida siempre es un enfermo consciente y muere como resultado de su acción suicida que no incluye, por ejemplo, el rechazo de un respirador mecánico ya instaurado.

El suicidio asistido es un delito en Colombia. No está permitido y tiene pena privativa de la libertad (Ley 599/2000, art. 107) (13).

Desde un punto de vista moral, lo mismo que la eutanasia activa, el médico que asiste al suicida actúa equivocadamente. Su acción asistencial no está en armonía con los valores ni con los principios universales de la medicina, y sus consideraciones personales sobre el talante compasivo de su acción solo reflejan una complacencia irresponsable. Sus juicios subjetivos sobre el valor de la vida son irrelevantes porque desde el punto de vista ético toda vida humana es digna, con independencia de la enfermedad.

Los médicos existen para preservar la vida y si ello ya no es posible, su obligación moral es el acompañamiento humano y el consejo profesional en la dirección de los cuidados paliativos, suficientemente amparados por la Ley 1733 de 2014 (14).

En principio, la eutanasia activa y el suicidio asistido (realizados de manera deliberada por un médico) son por definición moralmente irresponsables porque no son actos por los que el médico, ni la sociedad que los tolera, puedan responder de ninguna manera. Son actos cuya

SI BIEN ES CIERTO QUE EL ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO DEBE SER EVITADO ACTUANDO CON SENTIDO COMÚN Y APLICANDO LOS TRATAMIENTOS RACIONALMENTE CUANDO SE ESPERA DE ELLOS UN BENEFICIO REAL, LA VERDAD ES QUE EVITAR EL ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO NO ES LO MISMO QUE NO HACER NADA O HACER EL MÍNIMO ESFUERZO TERAPÉUTICO ANTE LA MERA IMPRESIÓN INICIAL DE GRAVEDAD.

consecuencia directa, la muerte, no se puede deshacer y tiene un carácter absoluto de irreversibilidad único y singular. No hay reparación alguna posible porque desde un punto de vista moral, la víctima real de la eutanasia activa y del suicidio asistido no es el enfermo (que está de acuerdo con el acto homicida) ni tampoco lo es la sociedad que lo permite. La víctima real es la dignidad de la vida, y el daño moral al valor de la vida es irreparable e injustificable desde un punto de vista moral. Se pueden reparar los errores, las equivocaciones y los tropiezos, pero la eutanasia activa y la asistencia al suicidio no son ninguna de esas tres cosas.

No son un error; son una negación de la verdad. No son una simple equivocación; son una inversión moral. No son un tropiezo; representan una fractura moral del médico y de la sociedad en todo su conjunto y, deontológicamente, el médico que de manera deliberada mata deja de existir como médico y su falta se extiende a la sociedad entera que lo tolera y que por ese contubernio eugenésico corre también ella misma el riesgo de extinguirse como tal.

HOMICIDIO SIMPLE

Por definición, el homicidio simple (Ley 599/2000, arts. 103, 104, 106; Sentencia T-493 de 1993) (13, 15) (o agra-

vado) ocurre sin el consentimiento expreso de la víctima y la motivación del que mata (sea o no sea un médico) no es la piedad. Por eso no es eutanasia activa ni tampoco homicidio por piedad. El homicidio simple es un delito y tiene pena privativa de la libertad en todas partes del mundo.

Existe una situación muy común que debe destacarse, exponerse y denunciarse con claridad. Cada vez más, y con frecuencia ascendente, observamos una situación muy particular en el medio hospitalario en la que ciertos enfermos (en especial pacientes ancianos y con patología neurológica crónica o aguda) mueren por negligencia en los servicios de urgencias, en unidades de cuidados intensivos o en las salas de recuperación de cirugía.

En aras de evitar el así llamado encarnizamiento terapéutico (mencionado en la introducción), los pacientes son abandonados prematuramente por el cuerpo médico y mueren por la gravedad de sus lesiones no tratadas, cuando en realidad era posible su recuperación. Si bien es cierto que el encarnizamiento terapéutico debe ser evitado actuando con sentido común y aplicando los tratamientos racionalmente cuando se espera de ellos un beneficio real, la verdad es que evitar el encarnizamiento terapéutico no es lo mismo que no hacer nada o hacer el mínimo esfuerzo terapéutico ante la mera impresión inicial de gravedad.

EL HOMICIDIO POR PIEDAD ES UN DELITO EN COLOMBIA, CON PENA PRIVATIVA DE LA LIBERTAD, PERO CON PENAS MÁS BAJAS PORQUE LA PIEDAD SE ASOCIA CON UN GRADO DE CULPABILIDAD MENOR.

En muchos de estos casos se configura allí un delito de homicidio negligente (simple o agravado) que no solo es antijurídico, sino que es también éticamente reprochable.

En estos casos es donde se evidencia la distorsión progresiva del concepto mismo del valor de la vida generada por una sentencia constitucional mal fundamentada, y se confirma la laxitud con la que poco a poco la voluntad sobrentendida de cualquier enfermo de continuar viviendo es subvalorada de manera negligente por un médico, digámoslo con claridad, éticamente moribundo.

HOMICIDIO POR PIEDAD

El homicidio por piedad es aquel en que, lo mismo que ocurre con el homicidio simple, no existe el consentimiento del enfermo, pero, a diferencia de este, el victimario está motivado por un sentimiento de piedad inspirado en las condiciones de salud de la víctima que necesariamente debe ser un enfermo grave o incurable con intensos sufrimientos derivados de esa enfermedad (Ley 599/2000, art. 106) (13).

Si la víctima no cumple con esas características y si la motivación no es la piedad, o esta no puede probarse, o si logra establecerse otro móvil, entonces no puede hablarse de homicidio por piedad.

El homicidio por piedad es un delito en Colombia, con pena privativa de la libertad, pero con penas más bajas porque la piedad se asocia con un grado de culpabilidad menor.

En palabras de la Corte Constitucional de Colombia (10):

... para que se configure esta forma de homicidio atenuado no basta el actuar conforme a un sentimiento de piedad, ya que es necesario que se presenten además los elementos objetivos exigidos por el tipo penal, a saber, que el sujeto pasivo tenga intensos sufrimientos derivados de lesión corporal o enfermedad grave o incurable. No existe homicidio piadoso cuando una persona mata a otro individuo que no padece esos sufrimientos, aun cuando invoque razones de piedad. En este caso, se constituye un homicidio simple, o incluso agravado.

Es muy importante insistir aquí en el hecho de que el homicidio por piedad no es eutanasia de ninguna clase y tampoco se configura cuando el enfermo rechaza de manera voluntaria cualquier tratamiento que no ha sido todavía instaurado, o si ya fue instaurado, el paciente mismo exige que sea retirado sin importar si es o no vital para su supervivencia. Sobre la base del principio de autonomía, en ninguno de esos tres casos hay eutanasia de ninguna clase, ni tampoco homicidio por piedad.

RECHAZO VOLUNTARIO DE TRATAMIENTO NO INSTAURADO

Esta conducta es muy frecuente y no necesita mayor exploración. Cualquier persona adulta y capaz es libre, por la razón que sea, de rechazar cualquier tratamiento

médico que no haya sido todavía iniciado, desde sus medicinas para la hipertensión, la diabetes o el cáncer, hasta un respirador mecánico del que en un momento determinado pudiera depender temporalmente su vida.

Es evidente que aceptar la petición del paciente no es eutanasia de ninguna clase, tampoco es suicidio asistido, ni es homicidio simple ni homicidio por piedad. Es el ejercicio de un derecho fundamental de las personas adultas y capaces. La sentencia T-493 de 1993 (15) y la Ley 1733 de 2014 son muy claras a ese respecto e invito al lector a conocerlas.

El rechazo voluntario de tratamiento no instaurado no presenta dificultades en el paciente consciente, pero en el paciente inconsciente con testamento vital, en el que se solicita no iniciar ninguna medida de soporte vital en caso de inconsciencia, la situación puede ser más compleja.

El médico siempre deberá cuestionar esos testamentos si la pérdida del conocimiento ocurre cuando el paciente ya está hospitalizado; cuando ha estado previamente consciente y no ha manifestado antes ninguna intención de no aceptar medidas vitales o no vitales en caso de hacerse necesarias; si llega consciente al servicio de urgencias y después pierde la consciencia, o si el paciente ingresa al servicio de urgencias en estado de inconsciencia. En todos estos casos, el médico está obligado jurídica y éticamente a realizar cualquier maniobra encaminada a restablecer la salud del enfermo. Es la familia la que, con posterioridad, tendrá que presentar ese testamento y demostrar su autenticidad.

Si el paciente se encuentra desde un principio en estado de inconsciencia en el servicio de hospitalización y con

posterioridad requiere de una medida vital, la familia solo podrá impedirlo presentando el testamento vital (lo cual, en este caso en particular, ya se habrá hecho desde el ingreso).

RECHAZO VOLUNTARIO DE TRATAMIENTO NO VITAL YA INSTAURADO

Un tratamiento no vital puede definirse como aquel que, al suspenderse, no acarreará inmediatamente la muerte del enfermo en el curso de minutos u horas, sino en el curso de días. Estas medidas son la mínima hidratación, la nutrición enteral o parenteral, medicamentos, medidas generales de higiene, cuidados posicionales, terapias, etc. Lo mismo que en el caso anterior, las personas pueden rechazar cualquier tipo de tratamiento no vital que ya haya sido instaurado y, en ese caso, nadie los está matando ni el enfermo se está suicidando. El paciente ha decidido dejarse morir y no desea que le hagan nada más. En el curso de varios días o de una semana o dos, el enfermo, si finalmente muere, lo hará de manera natural como consecuencia directa o indirecta de su enfermedad de base. Es el curso natural de la enfermedad.

Pero muy distinta es la situación en un paciente inconsciente en el que existe un testamento vital en el que se solicita que esas medidas no vitales sean retiradas en caso de inconsciencia. En ese caso, de nuevo existe la duda y el médico no es el llamado a retirarlas por las razones que se expondrán más adelante.

RECHAZO VOLUNTARIO DE TRATAMIENTO VITAL YA INSTAURADO

Un tratamiento vital es aquel que, al suspenderse, inevitablemente acortará la vida del enfermo de tal

manera que puede esperarse su deceso en los siguientes minutos u horas.

Piénsese, por ejemplo, en un enfermo tetraplégico que depende de un ventilador mecánico para poder mantenerse con vida. El paciente puede comunicarse, hablar y relacionarse con el ambiente, pero depende del ventilador y de un medio hospitalario (terapia física, terapia respiratoria, etc.) para seguir con vida. Es fácil comprender que, si se apaga ese respirador, el enfermo inevitablemente morirá por asfixia en pocos minutos. Estos casos son los que mayor controversia suscitan, pero en realidad no existe aquí ningún dilema ético para el médico.

Si este enfermo en particular está consciente y solicita una inyección letal o que le retiren el ventilador porque quiere que lo maten, entonces se tratará de una eutanasia activa, como ya lo vimos. Pero si solicita que le retiren el respirador porque quiere que lo dejen morir, entonces no es eutanasia activa, sino que es un “rechazo voluntario de tratamiento vital ya instaurado”, que solo busca no entorpecer la muerte natural del enfermo. Además, no hay duda de que el paciente tiene todo el derecho a rechazar el ventilador y a abandonarse al curso natural de su enfermedad y morir como consecuencia de ella.

Consideremos primero que no es el médico, sino un familiar el que apaga el ventilador. Si el familiar desconecta el ventilador y el paciente fallece, entonces puede afirmarse que la conducta no es eutanasia activa porque

UN TRATAMIENTO VITAL ES
AQUEL QUE, AL SUSPENDERSE,
INEVITABLEMENTE ACORTARÁ
LA VIDA DEL ENFERMO DE TAL
MANERA QUE PUEDE ESPERARSE
SU DECESO EN LOS SIGUIENTES
MINUTOS U HORAS.

aquí no hay dudas sobre la intención real del enfermo que no está pidiendo que lo maten, sino que lo dejen morir. Así las cosas, puede afirmarse que el paciente fallece como consecuencia directa de su enfermedad y no como consecuencia de un acto homicida. No puede decirse lo mismo si el paciente está inconsciente porque este pudo haber cambiado de opinión y al desconectarlo podría estarse llevando a cabo un homicidio simple (o agravado).

Vemos que el mismo caso es muerte natural en un paciente consciente y, posiblemente, homicidio simple (o agravado) en un paciente inconsciente. En el primero podrá siempre decirse que el enfermo murió naturalmente como consecuencia directa de su enfermedad, mientras que en el segundo no se podrá nunca afirmar con certeza que no lo mataron.

Tampoco se trata de asistencia al suicidio porque para ello sería necesario que el paciente permaneciera intubado mientras se suicida.

Concentrémonos ahora en el médico. Las consideraciones anteriores siguen siendo válidas, pero a diferencia del familiar, el médico está éticamente impedido para retirarle ese ventilador por una razón fundamental.

Es cierto que el paciente está consciente; es cierto que está pidiendo, no que lo maten, sino que lo dejen morir, y que el paciente está rechazando de manera voluntaria un tratamiento vital; es cierto e indiscutible que tiene todo el derecho a hacer esa petición y también que la

muerte del paciente se producirá de manera natural como consecuencia de su enfermedad de base y no como consecuencia de un acto homicida. Y si es el médico quien retira ese ventilador, tampoco se configuraría delito alguno ni sería una eutanasia de ninguna clase.

Sin embargo, a pesar de todo lo anterior, el médico no es el llamado a desconectarlo porque desde un punto de vista estrictamente médico el paciente está vivo y con ese ventilador podrá seguir estándolo. Retirarlo no es un acto terapéutico de ninguna clase y en cambio sí constituye un acto que adelantará su muerte.

Para el médico, ese paciente existe, aquí y ahora, como un todo con ese ventilador. En otras palabras, el paciente y el ventilador, por la gravedad de la enfermedad, constituyen una unidad biológica inseparable y retirárselo sería lo mismo que retirarle un pulmón sano a un paciente enfermo que, por la razón que fuera, voluntariamente lo solicitara. Y no puede deslegitimarse el ejemplo anterior con el argumento de que no es lo mismo porque el pulmón sano siempre ha estado allí y, en cambio, el ventilador es circunstancial y contingente y así como se puso puede también retirarse si el paciente lo solicita. ¡No! No se puede si quien pretende retirarlo es un médico.

Para el médico, el paciente es lo que es, aquí y ahora, y solo existe como un enfermo que, aquí y ahora, tiene un ventilador y por ese ventilador, aquí y ahora, está vivo. El punto no es el desenlace –que es el mismo si el ventilador es retirado por la familia o por el médico–. El punto no es si la muerte es una si lo retira el médico u otra si lo retira la familia. El punto no es si jurídicamente está bien o mal si el ventilador es retirado por un familiar o por el médico porque en ambos casos la

conducta no puede ser punible ni reprochable desde un punto de vista jurídico. El punto es, en estricto sentido, filosófico y deontológico en la esfera moral y atañe solo al médico y al objeto propio de la medicina. Adelantar la muerte de un paciente no está en armonía con el objeto mismo y esencial de la medicina. Las obligaciones morales impersonales que atan al médico a su paciente no son las mismas de su familia o de cualquier otro tercero. Ese es el punto.

Y ello no significa que el médico esté condenando a ese paciente a llevar una vida insufrible. Significa solo que, desde un punto de vista ético, él no puede retirarle ese ventilador. Otra persona puede hacerlo; la familia u otro tercero pueden hacerlo. Aunque la Corte lo permita, aunque no se trate de eutanasia activa y aunque el paciente tenga todo el derecho a ello, el médico no puede porque en ese momento se desvirtuaría su misión universal y nada impediría que, a partir de ese momento –y de a poquitos como ocurre siempre– el médico se convirtiera en un instrumento de selección artificial subordinado a los intereses cambiantes de una sociedad eugenésica o de un Estado totalitario y caprichoso.

No debemos olvidar que el médico no existe, primariamente, para cumplir la ley, ni tampoco para complacer a sus pacientes o a sus familias; las leyes van y vienen, pero los principios fundamentales de la medicina, en especial el valor, el bien y la dignidad de la vida humana, son universales y tienen validez en todo tiempo y lugar. Precisamente por eso se entiende, por ejemplo, que la Cruz Roja Internacional tenga un valor de mediación internacional. El médico existe para preservar la vida y eso es lo que la sociedad y los enfermos, y también sus colegas, esperan de él. Los médicos no matan ni adelantan la muerte de sus pacientes. ¡Son médicos!

NO DEBEMOS OLVIDAR QUE EL MÉDICO NO EXISTE, PRIMARIAMENTE, PARA CUMPLIR LA LEY, NI TAMPOCO PARA COMPLACER A SUS PACIENTES O A SUS FAMILIAS; LAS LEYES VAN Y VIENEN, PERO LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA MEDICINA, EN ESPECIAL EL VALOR, EL BIEN Y LA DIGNIDAD DE LA VIDA HUMANA, SON UNIVERSALES Y TIENEN VALIDEZ EN TODO TIEMPO Y LUGAR.

Y no faltarán quienes cuestionen las reflexiones anteriores porque, si al fin y al cabo el paciente consciente tiene ese derecho, si retirar ese ventilador no es antijurídico y si al fin y al cabo la imposibilidad del médico de retirar ese ventilador es filosófica, ¿no será más bien que no retirarlo es un acto de cobardía o de doble moral o de hipocresía del médico? ¡No! No lo es. Es un acto de cobardía, de doble moral y de hipocresía de todos aquellos que solicitan la muerte de sus congéneres o familiares y que encuentran mil razones para matarlos, pero al mismo tiempo, muy convenientemente, no encuentran el valor, ni el interés ni los argumentos ni el mismo entusiasmo vehemente para solicitar a las Cortes la permisión de matarlos ellos mismos. ¡Ese es el punto!

CONCLUSIONES

1. No es lo mismo matar que dejar morir.
2. La eutanasia siempre es eutanasia activa. No hay otra clase de eutanasia.
3. No puede hablarse de eutanasia, sino solo cuando el enfermo expresamente pide que lo maten. Si esa petición se hace en tiempo real, con el paciente consciente, no hay duda de que se trata de una eutanasia. Si se trata de un paciente inconsciente y esa petición se hizo a través de un testamento vital, no puede desconocerse el hecho de que el paciente pudo haber cambiado de opinión y por eso nunca podrá asegurarse con certeza que no se cometió un homicidio simple (o agravado) o un homicidio por piedad y no, en cambio, una eutanasia activa.
4. Si el paciente pide, no que lo maten, sino que lo dejen morir, el médico éticamente bien formado solo puede:
 - a) no iniciar tratamientos, vitales o no vitales, si el paciente consciente así lo solicita;
 - b) suspender tratamientos no vitales en pacientes conscientes.
5. Con independencia de las leyes de cualquier país, el médico éticamente bien formado *nunca* puede:
 - a) matar a los enfermos, conscientes o inconscientes (estos últimos mediante solicitud testamentaria), que solicitan que los maten;
 - b) retirar o suspender tratamientos vitales en pacientes conscientes o inconscientes (estos últimos mediante testamento vital) que solicitan que los dejen morir;
 - c) retirar tratamientos no vitales en pacientes inconscientes;
 - d) colaborar con la asistencia al suicidio.
6. Es obligación moral del médico hacer respetar su profesión, y los valores y principios que la funda-

mentan; por eso debe resistirse siempre a todas aquellas conductas que le quieran ser impuestas y que pongan en duda o mellen esa fundamentación ética. Asimismo, es su obligación difundir las bondades de los cuidados paliativos y desligarlos conceptual y moralmente de la eutanasia. No puede insistirse lo suficiente en la importancia de esto último y en el hecho de que la estructura moral del médico bien formado no puede permitir, bajo ninguna circunstancia, considerar la eutanasia como una alternativa previa, simultánea o posterior a los cuidados paliativos.

7. Si los enfermos piden que los maten o que los dejen morir, siempre existirá para ellos o para sus familiares la posibilidad de buscar el recurso jurídico a fin de que sean los familiares o cualquier otro tercero diferente del médico quien ejecute esas acciones. Precisamente, eso es lo que debió haber hecho la Sentencia C-237 de 1997, en vez de haberle asignado de manera arbitraria esa obligación a los médicos.

REFERENCIAS

1. Delgado-Rojas EJ. Eutanasia en Colombia: una mirada hacia la nueva legislación. *Justicia*. 2017;31:226-39. DOI: <https://doi.org/10.17081/just.22.31.2608>
2. Díaz-Amado E. La despenalización de la eutanasia en Colombia: contexto, bases y críticas. *Rev Bio y Der*. 2017;40:125-40. DOI: <https://doi.org/10.1344/rbd2017.40.19167>
3. Constitución Política de Colombia de 1991. Art. 18. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html
4. Merchán-Price J. *Ética médica, abusos y atropellos*. Bogotá: Ediciones de la U; 2012.
5. Merchán-Price J. La eutanasia no es un acto médico. *pers bioét*. 2008;12(1):42-52. Disponible en: <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/959>
6. Juan Pablo II. *Discurso. Tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo*. Città del Vaticano: Editrice Vaticana; 2004.
7. Busso C, León-Sanz P. Investigación con pacientes en cuidados paliativos: dilemas éticos y percepción pública sobre su vulnerabilidad. *Estudio exploratorio. pers bioét*. 2016;20(2):132-50. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2016.20.2.2>
8. Nóvoa-Santos M. Cuidados paliativos y bioética. *Cuad Bioét*. 1998;34(2):304-21. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/1998/2/34/304.pdf>
9. Gamboa-Bernal G. Para la humanidad existe algo peor que el VIH/SIDA. *pers bioét*. 2008;12(1):4-7. Disponible en: <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/955/>
10. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-239 de 1997. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>
11. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-970 de 2014. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm>
12. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-544 de 2017. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-544-17.htm>
13. República de Colombia. Código Penal. Ley 599/2000. Art. 107 (última revisión 2019). Disponible en: <https://leyes.co/codigo-penal/107.htm>
14. República de Colombia. Ley 1733/ 2014. Disponible en: <http://www.lavozdelderecho.com/index.php/docu/normas/item/2630-normas-ley-1733-del-08-de-septiembre-de-2014>
15. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-493 de 1993. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1993/T-493-93.htm>