

Mirada bioética a la eutanasia en Colombia: Lecturas desde los actores involucrados en el proceso

Bioethical view of euthanasia in Colombia: Readings from the actors involved in the process

Visão bioética da eutanásia na Colômbia: leituras dos atores envolvidos no processo

Jorge Hernán González-Cortés¹
Laura María Valencia-Cano²
Yesika Fernanda Arias-Castrillón³
Mariana Castaño-Londoño⁴

Recibido: 5 de mayo de 2020

Aprobado: 22 de septiembre de 2020

Publicado: 30 de octubre de 2020

Cómo citar este artículo:

González-Cortés, J. H., Valencia-Cano, L. M., Arias-Castrillón, Y. F., Castaño-Londoño, M. (2020). Mirada bioética a la eutanasia en Colombia: Lecturas desde los actores involucrados en el proceso. *Pensando Psicología*, 16(2), 1-20.
doi: <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2020.02.04>

Artículo de investigación. <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2020.02.04>

¹ Universidad Católica Luis Amigó, Manizales, Colombia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6733-2734>

² Manizales, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3918-6685>

³ Manizales, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2860-8424>

⁴ Manizales, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5398-1859>

Resumen

Objetivo: Describir convergencias y divergencias entre las percepciones de pacientes con enfermedades terminales, crónicas o degenerativas, familiares y personal sanitario de Manizales respecto a la aplicación e implicaciones de la eutanasia.

Metodología: Investigación mixta, con diseño de triangulación concurrente y con una muestra conformada por 45 participantes seleccionados mediante muestreo por cuotas.

Resultados: Pacientes, familiares y profesionales sanitarios convergen en afirmar que la autonomía es el principio bioético que orienta la aplicación de la eutanasia, a pesar que los profesionales privilegian mayor conocimiento del principio de justicia; al mismo tiempo que se concluye conocimiento limitado frente las leyes y sentencias que rigen la eutanasia en Colombia.

Valor del estudio: El estudio representa utilidad tanto para los participantes en la medida que permite identificar la incidencia de las creencias sociales y familiares en la aplicación de la eutanasia, como para las instituciones hospitalarias al permitirles informarse acerca de los motivos que hacen que el personal sanitario participe en el proceso y el nivel de afectación al que están expuestos.

Conclusión: Persisten indicadores de desconocimiento por parte del personal sanitario, familiares y pacientes con enfermedades crónicas, terminales o degenerativas respecto a los protocolos de atención para la eutanasia, evidenciando la necesidad de cualificar los procesos de formación ética al personal asistencial. Mientras tanto, el debate frente al procedimiento está permeado por las cuestiones respecto a los derechos humanos, la dignidad y la calidad de vida del enfermo y sus familiares.

Palabras clave: Bioética, eutanasia, derecho a morir, principios morales, cuerpo médico.

Abstract

Objective: To describe convergences and divergences between the perceptions of patients with terminal, chronic or degenerative diseases, family and health personnel of Manizales regarding the application and implications of euthanasia.

Methodology: Mixed investigation, with concurrent triangulation design and with a sample made up of 45 participants selected through quota sampling.

Results: Patients, relatives and health professionals converge in affirming that autonomy is the bioethical principle that guides the application of euthanasia, despite the fact that professionals favor greater knowledge of the principle of justice. At the same time, limited knowledge is concluded regarding the laws and sentences that govern euthanasia in Colombia.

Value of the study: The study represents usefulness both for the participants to the extent that it will allow identifying the incidence of social and family beliefs in the application of euthanasia, and for hospital institutions by allowing them to inform themselves about the reasons that make health personnel participate in the process and the level of involvement to which they are exposed.

Conclusion: Indicators of ignorance by health personnel, family members and patients with chronic, terminal or degenerative diseases regarding euthanasia care protocols persist, evidencing the need to qualify the ethical training processes for healthcare personnel, while the debate facing the procedure is permeated by issues regarding human rights, dignity and quality of life of the patient and their families.

Keywords: Bioethics, euthanasia, right to die, morals, medical staff.

Resumo

Objetivo: Describir convergencias e divergencias entre as percepciones de pacientes con enfermedades terminales, crónicas o degenerativas, familiares e profesionales de salud en Manizales sobre la aplicación e implicaciones de la eutanasia.

Metodología: Investigación mixta, con diseño de triangulación concurrente e muestra compuesta por 45 participantes seleccionados por cuota-muestra.

Resultados: Pacientes, familiares e profesionales de salud convergen en afirmar que la autonomía es el principio bioético que respalda la aplicación de la eutanasia, a pesar de que los profesionales privilegien un mayor conocimiento del principio de justicia; Al mismo tiempo, se concluye un conocimiento limitado sobre las leyes e sentencias que rigen la eutanasia en Colombia.

Valor del estudio: El estudio representa utilidad tanto para los participantes en la medida en que permite identificar la incidencia de las creencias sociales e familiares en la aplicación de la eutanasia, como para las instituciones hospitalarias al permitir que conozcan los motivos que los componen a la salud que participa del proceso e del nivel de atención a que están expuestos.

Conclusión: Persisten indicadores de desconocimiento por parte de los profesionales de salud, familiares e pacientes con enfermedades crónicas, terminales o degenerativas sobre los protocolos de atención a la eutanasia, evidenciando la necesidad de calificar los procesos de formación ética de los profesionales de salud. Mientras tanto, el debate sobre el procedimiento es permeado por cuestiones relacionadas con los derechos humanos, la dignidad e la calidad de vida del paciente e de sus familiares.

Palabras-clave: Bioética, eutanasia, derecho de morir, moral, equipo médico.

Introducción

La eutanasia ha sido uno de los principales puntos de reflexión para la bioética a lo largo de la historia, en la medida que ha permitido abordar las cuestiones frente al final de la vida. Especialmente, se resalta la vigencia e importancia del tema en las sociedades actuales, las cuales están permeadas por cierta transmutación de la escala de valores y la priorización de aspectos mercantiles y de consumo frente a la vida humana. Es así como en el estudio de la eutanasia ha surgido la necesidad de realizar estudios disciplinares e interdisciplinares que requieren el diálogo entre psicología, derecho, economía, política, medicina, ciencias sociales y filosofía. Esto da como resultado una lectura bioética del fenómeno en el que convergen no solo aspectos conceptuales sino también un sin número de componentes sociales, morales, legales, políticos y religiosos.

La eutanasia, como bien lo plantea Marcos y De la Torre (2019), no es un asunto marginal que pueda ser separado de aspectos asociados al envejecimiento, la vivencia de la muerte, el dolor, el sufrimiento, el cuidado, la autonomía y la libertad humanas; la eutanasia es una realidad profundamente humana, que se asume en el marco de valores éticos y jurídicos (Peláez, 2019), así como los derechos individuales. En esta

medida, la eutanasia es definida como un derecho que tienen todos los individuos de vivir con dignidad hasta el último día de su vida, permitiendo establecer cuestionamientos frente a los esquemas tradicionales de dignidad humana y calidad de vida. Como bien lo afirma Mañón (2016), el problema de la eutanasia se ha planteado histórica y tradicionalmente como un conflicto que emerge entre la concepción de vida como valor en sí mismo o bien como producto de un valor subordinado a ciertas condiciones mínimas de bienestar resumidas en conceptos como calidad de vida, vida digna o vida humana; es decir, la concepción de vida podría sustentarse desde el valor absoluto o el valor subordinado de la vida.

El valor absoluto o subordinado de la vida que permea la reflexión del tema de la eutanasia, se entrelaza también con el conflicto entre el derecho a la vida y el derecho a la libre decisión que posee cada ser humano (Mañón, 2016). Esto evidencia la necesidad de realizar estudios con respecto a las actuales condiciones tanto legales como éticas para llevar a cabo el procedimiento de la eutanasia en el contexto colombiano, procedimiento que se encuentra legalizado por el Ministerio de Salud, quien en el 03 de julio de 2015 pidió levantar los obstáculos presentados para acompañar la muerte asistida al señor Ovidio González de 79 años, convirtiéndose en el primer ciudadano colombiano a quien se le aplica la eutanasia (Naranjo, 2015). Es importante resaltar que los aspectos legislativos de la eutanasia deben considerar multiplicidad de variables humanas, así como la interrelación con otras disciplinas ya mencionadas anteriormente. A su vez, la eutanasia está mediada tanto por aspectos personales así como por la incidencia de creencias familiares y sociales que orientan la toma de decisiones del paciente y su entorno familiar frente a la eutanasia o la configuración de barreras para su acceso en las instituciones prestadoras de servicios en salud.

Vista la multiplicidad de factores que convergen en la eutanasia, esta no puede concebirse de manera uniforme y conceptualizarse tanto desde una noción unívoca así como enmarcado dentro un procedimiento estándar único. En principio, la eutanasia ha sido definida como el procedimiento mediante el cual un médico mata intencionalmente a una persona a través de la administración de fármacos, como respuesta a la solicitud voluntaria y competente de dicha persona (Radbruch *et al.*, 2016), concepto en el cual se destacan como elementos centrales que el procedimiento solo puede ser realizado por un médico y responder a la voluntad de la persona. Ahora bien, la eutanasia como procedimiento activo por naturaleza (Radbruch *et al.*, 2016), comparte su naturaleza con el suicidio asistido, definido como la solicitud intencionada de una persona a otra de poner fin a su vida, a petición voluntaria y competente de esa persona; en este último se resalta que la autoridad de la acción recae sobre la persona que solicita la ayuda y no sobre el médico. Sin embargo, ambos procedimientos

coinciden en que el proceso de toma de decisiones queda en manos de la persona que desea poner fin a su propia vida (Radbruch *et al.*, 2016), siendo el consentimiento, la irreversibilidad y el sufrimiento inaceptable, características centrales en el procedimiento de la eutanasia (Peláez, 2019).

En razón de ello, se han tejido diversos estudios que propenden por la integración de las múltiples variables que inciden en la toma de decisiones frente a la eutanasia en sus diferentes vertientes. Peruyera, Peruyera y Santiago (2001) han concluido que los principios religiosos, morales y éticos prevalecen ante la decisión de llevar a cabo una eutanasia, inclinándose hacia la negativa por dichos principios. De igual forma Raja *et al.* (2002) han resaltado la influencia de las creencias religiosas sobre las actividades laborales del personal sanitario ante la muerte, debido a que la mayoría del talento humano en salud posee creencias religiosas, lo que puede aumentar en ellos indicadores de ansiedad ante la muerte, en comparación con los profesionales no creyentes.

Biondo, Silva y Secco (2009) afirman que la ortotanasia ocurre de manera diaria, en la medida que al 82,35% de los enfermos en estadios terminales se les aplica este procedimiento, mientras que al 11,33% se le realiza la eutanasia. La ortotanasia, definida como las acciones que abrevian la vida del paciente terminal, requiere para su aplicación correcta, un diálogo entre el equipo médico, el paciente y su familia, garantizando de manera permanente la prestación de cuidados con dignidad, así como el soporte a la familia, el respeto y las acciones éticas de los profesionales. El fundamento de este procedimiento, se transversaliza en los cuatro principios bioéticos: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. En sintonía, Motta, Nunes, Cavalcanti, Silva y Gouveia (2016) destacan la importancia de proponer prácticas en pro de la concepción de la muerte digna de parte de los profesionales de la salud en colaboración con el paciente. Los autores apuntan a la realización de la eutanasia desde las circunstancias específicas de cada paciente, teniendo en cuenta su calidad de vida, ya que el objetivo moral es la búsqueda del bienestar del paciente, procurando su curación o en otras circunstancias, aliviar su sufrimiento (Francisconi, 2007).

Sin duda, la eutanasia se constituye como uno de los principales debates en la profesión médica, ya que aborda circunstancias extremas de la vida y la muerte; desde cómo aliviar el sufrimiento finalizando con la vida y del mismo modo, disponiendo de ella. Sin embargo, el debate profesional debe estar mediado por la valoración otorgada por el paciente en su autonomía para proceder con la intervención, aliviar el dolor o mantener las funciones vitales a pesar que represente utilidad en la curación del paciente (Collado, Piñon, Odales, Acosta y Serra, 2011), estableciendo comparaciones entre los resultados esperados de los procesos de atención a la luz de las condiciones

del enfermo y de sus fuerzas físicas y morales, (Gutiérrez, 2000; Betancur, 2011). En contraste, Halac *et al.* (2009) consideran la posibilidad de dejar morir con dignidad como el procedimiento más expedito para el paciente y su familia, puesto que en el caso de que sean inútiles las probabilidades de vida, consideran que puede generarse un encarnizamiento terapéutico, esto sin perder de vista que la muerte debe enfrentarse en contextos de ayuda y aceptación resignada.

La decisión frente a la muerte de un ser humano deriva la necesidad del hombre de mirar a su alrededor, escuchar y preguntar el porqué de este tipo de decisiones, buscar la mejor manera de aliviar al ser humano de sufrimientos y preocupaciones, ubicarse en su sistema cultural y religioso, comprender que el lenguaje de la ética ha sido adoptado no solo por pacientes, familias, médicos, economistas, ministros, jueces y administrativos de la salud, independientemente de su corriente filosófica y su sistema social. Considerando estos factores, se llega a la comprensión que lo único verdaderamente importante es que el hombre como ser racional, es capaz de revolucionar constantemente tanto la ciencia como la técnica, con una enorme capacidad de transformación de la naturaleza en beneficio de la especie, pero que de igual manera, tiene el derecho a morir con dignidad (Creagh, 2012).

El debate sobre la eutanasia debe garantizar siempre la promoción de la inviolable dignidad de la persona humana, la defensa de los derechos que le son inherentes, desde la objetiva y prudente consideración de la realidad y sentido tanto de la vida como de la muerte (Cano *et al.*, 2008), considerando que los principios éticos que orientan la atención médica en los procedimientos, están enfocados en la búsqueda de sanación, o en su defecto, consideran la extinción de la vida de los pacientes evitando padecimientos innecesarios (Delgado, 2017). Por lo tanto, una medida que podría mediar ante dicho dilema es la decisión autónoma que asume todo ser humano ante la eutanasia durante su existencia, permitiéndole elegir libremente y dejando consignada su decisión en un consentimiento sobre qué hacer sobre su vida, si llegase el caso de encontrarse en estado terminal o ante una pérdida de conciencia (García, 2016). Es así como Bélgica, Luxemburgo, Suiza, Canadá y los estados de Oregón, Washington, Montana, California y Colombia en Estados Unidos han legalizado el suicidio asistido a pesar de las divergencias que se continúan presentando no solo en dichos contextos sino a nivel global, resaltando la necesidad de promover futuras discusiones y abordajes críticos de la eutanasia (Parreiras *et al.*, 2016).

Con base en lo anteriormente descrito, el objetivo del presente estudio es describir las convergencias y divergencias de las percepciones de pacientes con enfermedades terminales, crónicas o degenerativas, familiares y personal sanitario de Manizales, respecto a la aplicación e implicaciones de la eutanasia, dentro del

contexto colombiano. La pertinencia del estudio de este tema toma fuerza a partir del 03 de julio de 2015, cuando la junta médica de La Clínica de Oncólogos de Occidente autorizara la realización de la muerte asistida al señor Ovidio González "quien padecía un cáncer de boca que le había desfigurado el rostro y le causaba un dolor creciente". Dicho paciente, se convertiría en el primer ciudadano colombiano a quien se le aplica la eutanasia, según lo reporta Naranjo (2015) en el diario BBC Mundo.

Método

El presente estudio se sustenta en una investigación de tipo mixto, ya que se integran procedimientos de recolección y análisis de datos cualitativos y cuantitativos, con un diseño triangulación concurrente siendo este el más popular, puesto que se aplican ambos métodos de manera simultánea, en el que se pretende corroborar, confirmar resultados y efectuar validez de los datos cuantitativos y cualitativos. Los participantes del estudio fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico, puesto que no se sometió a criterios aleatorios sino que su selección respondió a los criterios de muestreo por cuotas o accidental, definiendo como criterios de inclusión ser profesional de la salud en cualquier rama de asistencia hospitalaria y en ejercicio profesional en instituciones prestadoras de servicios en salud en la ciudad de Manizales; ser paciente con diagnóstico de enfermedades terminales, degenerativas o que cumplen con los criterios para la solicitud de la eutanasia y personas que se han encargado del cuidado de familiares en estado terminal.

Como instrumento de investigación, se aplicaron entrevistas estructuradas en las que se abordaron: datos socio demográficos de los participantes, diagnóstico, intensidad de la enfermedad y conocimiento y desconocimiento de la ley que avala la eutanasia. Los datos cualitativos se elaboraron a través de un análisis de categorías por medio de un proceso de triangulación de los resultados, mientras los datos cuantitativos se elaboraron a través del software SPSS versión 25.

En cuanto a la ética y confidencialidad se encuentra el diligenciamiento del consentimiento informado, aprobado previamente por el Comité de Ética de Investigaciones, en el que se explicó las condiciones de confidencialidad, libertad y autonomía para la participación en el estudio. Al mismo tiempo, se hizo referencia de los beneficios y riesgos frente a dicha participación, salvaguardando la confidencialidad de acuerdo a la normatividad vigente en el tratamiento de datos personales.

Procedimiento

Una vez diseñada la entrevista estructurada, se sometió a juicio de expertos quienes validaron el contenido de las mismas; posteriormente se realizó prueba piloto y se reorganizó la estructura de los reactivos. Paso seguido, se sometió a nuevo juicio de expertos, definiendo la versión final de la entrevista con una estructura de 21 reactivos para los profesionales sanitarios, 15 reactivos para los pacientes con diagnósticos de enfermedades terminales, degenerativas o incurables y 14 reactivos para los familiares de pacientes en dicha condición. Los reactivos de naturaleza cuantitativa se presentaron mediante una escala numérica, cuyo diseño estándar tenía valores de cero a diez, donde el cero indica menor percepción de conocimiento y el diez mayor percepción de conocimiento, procurando ser un instrumento fácilmente comprensible por los participantes. Dicha entrevista permitió evaluar el conocimiento percibido por los participantes frente a la eutanasia, sus principios bioéticos, sus aspectos normativos en Colombia y la filosofía Hospice. Adicionalmente, se incluyó la indagación de aspectos sociodemográficos que permitieran la descripción de la muestra.

El proceso de análisis de la información se realizó mediante el software SPSS versión 25, a través del cual se realizó el tratamiento de los datos cuantitativos. Por su parte, los datos cualitativos fueron analizados a través del establecimiento de categorías y la identificación de categorías emergentes. Adicionalmente a los análisis cualitativos y cuantitativos, se realizó un proceso de triangulación de ambos resultados.

Muestra

La muestra estuvo conformada por un total de 45 participantes, de los cuales el 66,6% corresponden a profesionales sanitarios, el 28,9% corresponde a familiares encargados del cuidado de pacientes en estado terminal y el 4,5% restante corresponde a personas con diagnósticos incurables, degenerativos o en estado terminal. El personal sanitario estuvo conformado por un 73,3% de mujeres frente al 26,7% de hombres; el 26,6% refieren edades entre 18 y 27 años, el 46,6% entre los 28 y 37 años, el 6,6% se encuentra entre 38 a 47 años, el 16,6% se ubica entre los 48 y 57 años y el 3,4% tienen una edad superior a los 58 años. El 26,6% ejerce su profesión como médico, el 10% como profesionales en enfermería, 50% prestan servicios como auxiliares de enfermería y el 6,7% ejercen como psicólogos. El 36,6% de los profesionales cuentan con antigüedad en su profesión inferior a los cinco años, el 33,3% refiere una antigüedad entre seis y diez años en su labor profesional y el 26,7% soportan antigüedad en su profesión superior a once años.

La participación de los familiares sustenta un 98% de mujeres frente a un 2% de hombres encargados del cuidado de los pacientes con detrimento en su estado de salud; con edades entre 18 y 37 años en el 30,78%, entre 38 y 57 años en el 30,78% y superior a los 58 años de edad en el 38,46%. Respecto al parentesco, el 23,07% son los padres, el 15,38% son hermanos, hijos o el cónyuge del paciente y el 30,78% corresponde a los nietos de la persona con alteraciones en su estado de salud. El tiempo de dedicación para el cuidado del paciente se encuentra inferior a seis horas y entre doce y dieciocho horas para el 23,08% respectivamente, entre seis y doce horas para el 7,7% y superior a dieciocho horas para el 46,15% de dedicación. Los diagnósticos presentados por los pacientes de los cuales se encargan de los diferentes cuidados son falla suprarrenal, melanoma metastásico maligno en diferentes órganos (pulmones, próstata, hígado, estómago), trombosis y Síndrome de supresión adrenal de origen medicamentoso.

Finalmente, la muestra participante en el grupo de pacientes que cumplen con los criterios para la solicitud de la eutanasia se concluye participación del 100% de hombres, con edades entre 38 y 67 años, casados, en régimen de salud contributivo, pensionados, de estrato socioeconómico medio, con diagnósticos en melanoma metastásico maligno y cardiopatía isquémica, con visitas al personal de salud superior a una ocasión mensual y sin manejo intrahospitalario en el último año.

Resultados

El principio bioético de justicia se ubica como el principio bioético de mayor percepción de conocimiento, en contraste con el principio de no maleficencia por parte de los profesionales sanitarios ($M=6,63$; $M=5,67$) y familiares de pacientes con diagnósticos de enfermedades degenerativas e incurables ($M=4,46$; $M=2,85$). Por el contrario, los pacientes perciben mayor conocimiento en el principio de no maleficencia ($M=3,50$) y menor nivel en el principio de autonomía ($M=0,50$). Frente a las consideraciones de la eutanasia, los tres grupos presentan una percepción de mayor conocimiento de la eutanasia en Colombia. Sin embargo, estos grupos presentan una percepción de conocimiento baja respecto a los requisitos y a los casos específicos en los que se puede solicitar el proceso de eutanasia en Colombia (tabla 1), lo que se reafirma con las bajas puntuaciones obtenidas en el conocimiento percibido frente a la sentencia T790 y ley 1733 por parte de los profesionales en salud, familiares y pacientes con diagnósticos que cumplen requisitos para la solicitud de la eutanasia (tabla 1).

Tabla 1. Análisis descriptivo de las variables objeto de estudio por grupo poblacional

Variables	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	M	DE	M	DE	M	DE
Principios Bioéticos						
Principio de Autonomía	6.30	2.31	4.08	2.93	0.50	0.70
Principio de Beneficencia	6.23	2.50	3.77	2.89	3.00	2.82
Principio de Justicia	6.63	2.51	4.46	3.33	2.50	3.53
Principio de No Maleficencia	5.67	2.62	2.85	3.41	3.50	4.95
Eutanasia						
Eutanasia en Colombia	5.70	2.49	4.62	2.96	4.50	2.12
Protocolo de atención Eutanasia	4.93	2.75	3.00	3.42	1.50	2.12
Requisitos para la Eutanasia	3.67	2.73	2.54	3.53	2.50	0.71
Casos específicos para Eutanasia	4.80	3.04	2.69	3.64	2.00	1.41
Normatividad						
Sentencia T790-2014	2.87	2.75	1.00	2.52	1.50	2.12
Ley 1733	2.63	2.97	0.69	2.21	1.50	2.12

Fuente: Elaboración propia. M=Valor medio; DE=Desviación estándar; Grupo 1=Profesionales; Grupo 2=Familiares; Grupo 3=Pacientes

En la tabla 1 se evidencia que en el grupo conformado por los profesionales de la salud y familiares, el principio de justicia es en el que se percibe mayor conocimiento, sin embargo, se pudo identificar en el análisis de categorías y categorías emergentes, que el principio rector es el de autonomía, en la medida que los profesionales de la salud refieren que la autonomía es la facultad que tiene la persona para tomar la decisión con independencia, es decir, que sabe lo que quiere y lo quiere decidir con su criterio. De igual manera, para los familiares, la autonomía es fundamental en el momento de considerar la aplicación de la eutanasia, definiéndola como la capacidad de actuar y decidir; esta es la razón por la cual refieren que "es la base fundamental para la realización de la eutanasia bien sea por decisión de la persona que se encuentra enferma o por las personas a cargo" (Cód. 0201019). Para los pacientes entrevistados, la categoría en la que perciben menor conocimiento es en el principio de autonomía ($M=0,50$). Sin embargo, en las entrevistas refirieron que este principio es fundamental para poder tomar la decisión de si realizar o no este procedimiento.

Protocolos y normatividad para la realización de la eutanasia en Colombia.

Con respecto a la percepción del conocimiento que tienen los profesionales de la salud, familiares y pacientes acerca del concepto de la eutanasia, la tabla 1 evidencia mayor percepción de conocimiento de los participantes respecto a la eutanasia en Colombia ($M=5,70$; $M=4,62$; $M=4,50$ respectivamente). En contraste, los profesionales de la salud y pacientes evidencian baja percepción de conocimiento respecto a los requisitos para la realización de la eutanasia ($M=3,67$; $M=2,54$ respectivamente). Al mismo tiempo, desde las percepciones del personal asistencial, se afirma que lo más importante para la realización de la eutanasia es tener en cuenta el diagnóstico del paciente y que sean enfermedades terminales, crónicas o degenerativas.

Respecto a la categoría de la Normatividad, los profesionales, familiares y pacientes obtuvieron mayor percepción de conocimiento en la jerarquía de la Sentencia T 970 ($M=2,87$; $M=1,00$; $M=1,50$ respectivamente), donde los profesionales de la salud expresan que "es el derecho a morir dignamente en caso de enfermedad terminal solicitándosele a la EPS la realización de la eutanasia" (Cód.0202023). De igual manera, las puntuaciones con menor promedio fueron en la categoría de la Ley 1733 ($M=2,63$), donde los profesionales de la salud expresaron que "la ley 1733 habla de los cuidados paliativos a los pacientes con enfermedades terminales, dándoles una mejor calidad de vida" (Cód.0201034), razón por la que se evidencia un conocimiento parcial por parte de los pacientes, familiares y profesionales de la salud con respecto a este tema.

Posterior al análisis descriptivo de las variables, se aplicó un análisis comparativo a través de la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis, a través de la cual se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre la percepción de conocimiento que tienen los profesionales que asisten a pacientes en estado crítico, el grupo de familiares encargados del cuidado en casa y los pacientes con diagnósticos de enfermedades terminales, crónicas o generativas incurables respecto a los principios bioéticos de autonomía ($p=0,007$), beneficencia ($p=0,02$), justicia ($p=0,05$) y no maleficencia ($p=0,01$); el protocolo de atención para la solicitud de realización de la eutanasia ($p=0,04$), los casos específicos para la solicitud de esta ($p=0,07$); y la normatividad que rige los procesos de eutanasia en Colombia, tanto en la percepción de conocimiento respecto a la Sentencia T790 ($p=0,017$) como en la percepción de conocimiento frente a la ley 1733 ($p=0,01$), tal como se presenta en la tabla 2.

Tabla 2. Análisis comparativo de Variables

Variables	Grupo 1			Grupo 2			Grupo 3			H*	P
	M	DE	Rango promedio	M	DE	Rango promedio	M	DE	Rango promedio		
Principios Bioéticos											
Autonomía	6.30	2.31	26.88	4.08	2.93	17.08	0.50	0.70	3.25	9.92	0.007*
Beneficencia	6.23	2.50	26.83	3.77	2.89	15.69	3.00	2.82	13.00	7.87	0.02*
Justicia	6.63	2.51	26.18	4.46	3.33	17.54	2.50	3.53	10.75	5.91	0.05*
No Maleficencia	5.67	2.62	26.93	2.85	3.41	14.88	3.50	4.95	16.75	8.21	0.01*
Eutanasia											
Eutanasia en Colombia	5.70	2.49	24.68	4.62	2.96	19.88	4.50	2.12	18.00	1.54	0.46
Protocolo de atención	4.93	2.75	26.37	3.00	3.42	17.00	1.50	2.12	11.50	6.33	0.04*
Requisitos	3.67	2.73	25.05	2.54	3.53	18.54	2.50	0.71	21.25	2.32	0.31
Casos específicos	4.80	3.04	26.10	2.69	3.64	16.88	2.00	1.41	16.25	5.11	0.07*
Normatividad											
Sentencia T970-2014	2.87	2.75	26.77	1.00	2.52	14.77	1.50	2.12	20.00	8.36	0.01*
Ley 1733	2.63	2.97	26.72	0.69	2.21	14.54	1.50	2.12	22.25	8.75	0.01*

Fuente: elaboración propia

H*=Prueba de KruskalWallis

Filosofía Hospice: Acompañamiento humano para disfrutar la vida hasta el último instante

Los resultados, de naturaleza cualitativa soportan percepciones divergentes respecto a la filosofía hospice entre los tres grupos participantes. En principio, los profesionales sanitarios y los pacientes resaltan mayores beneficios para la calidad de vida de los últimos; en contraste, el grupo conformado por familiares de pacientes con diagnóstico de enfermedades degenerativas e incurables resalta dos perspectivas: un primer grupo de familiares resalta que la familia la Filosofía Hospice consiste en brindar un acompañamiento, cuidados comprensivos, cariño y calor humano a su familiar "cuando ya no hay nada que hacer" (Cód.0201032; Cód.020203; Cód.0202012). Por el contrario, para el segundo grupo la visión no es la misma, puesto que "consideran que esta opción genera mayor sufrimiento e incomodidad para las personas allegadas" (Cód. 0201025). Para los pacientes "esta filosofía brinda comodidad y tranquilidad tanto a ellos como a sus familiares, con la posibilidad de tener cuidados adecuados" (Cód.0201038). En sintonía, los profesionales de la salud validan dicha postura, en la medida que la Filosofía Hospice "brinda un ambiente tranquilo y acogedor, con el fin

prevalecer la calidad de vida del paciente, puesto que en ocasiones la estadía en establecimientos de salud se torna traumática para quien tiene el padecimiento y para sus seres queridos" (Cód.0202023; Cód.0203043).

Discusión

El quehacer de la medicina ha estado enfocado en la protección de la vida, lo cual orienta la totalidad de actuaciones profesionales en salud, basados en los cuatro principios bioéticos: autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia. Sin embargo, el discurso bioético toma fuerza ante las nuevas condiciones que amenazan la vida humana y la sostenibilidad de las generaciones futuras, haciendo necesaria la discusión del dilema bioético inherente en la eutanasia desde una posición no exclusivamente clínica, sino que, al constituirse como un tema polémico (Alves *et al.*, 2020), debe permitir ampliar su debate en la población (Bastos, Pertile, Carvalho y Luiz, 2018) y contemplar elementos axiológicos, culturales, políticos, éticos, morales, religiosos e intergeneracionales. Sin embargo, las sociedades actuales se enfrentan ante una aparente crisis de valores, lo que ha desencadenado un aparente desconocimiento y relativismo con respecto a la bondad de las actuaciones ligadas a la eutanasia y el direccionamiento de estas acciones en respuesta a los principios en mención, por lo que el principio de no maleficencia pierde relevancia frente a los principios de justicia y autonomía al momento de orientar los procesos de toma de decisiones con respecto a la eutanasia (Tabla 1).

Las principales divergencias que se reflejaron durante el proceso de investigación hacen referencia principalmente a la filosofía Hospice, la cual consiste en darle la oportunidad al enfermo terminal y a la familia de tener una muerte en casa, que sienta un ambiente cálido y acogedor en su propio hogar, que reciba unos cuidados comprensivos y apropiados que proporcionen una mejor calidad de vida para el individuo; esto con el fin de generar un buen morir y un buen vivir. En relación a esto, los familiares expresaron estar de acuerdo con esta filosofía propuesta por Cecily Saunders, aunque para algunos de ellos esto se puede tornar más doloroso, por lo que prefieren que los pacientes tengan los cuidados adecuados en las clínicas u hospitales, a través de una asistencia médica correcta dentro de los lineamientos de salud. Asimismo, se refiere que esta filosofía consiste en brindar un acompañamiento y cuidados comprensivos al paciente en deterioro progresivo, siendo coherente con el sistema normativo colombiano mediante la Sentencia T-970 de 2014 en la que se pretende otorgar al paciente la posibilidad de esperar la muerte al lado de sus familiares y seres queridos, garantizando la satisfacción de las necesidades y la comodidad del enfermo, siendo

la eutanasia una decisión personal y un derecho de todos. Para los pacientes, esto puede resultar como la posibilidad de morir con tranquilidad y comodidad rodeado de sus familiares y allegados, ya que se encuentran en un ambiente tranquilo y acogedor en el que prevalece la calidad de vida. Para los profesionales, esta filosofía brinda cuidados paliativos para el manejo integral de los pacientes con enfermedad terminales, crónicas, degenerativas e irresistibles, garantizando un alto impacto en la vida del paciente, además de brindar la posibilidad de comprender y entender al enfermo y a su familia a través de la posibilidad de morir dignamente.

Los grupos participantes en el estudio presentan diferencias estadísticamente significativas (Tabla 2) y divergencias en la percepción frente a la eutanasia. Por una parte, los profesionales expresan estar de acuerdo con dicho procedimiento en situaciones de enfermedades terminales, crónicas o degenerativas; sin embargo, algunos refirieron no sentirse en la facultad de realizarlo porque sus creencias religiosas y éticas no se las permiten. Este resultado concuerda con los hallazgos obtenidos en diversos estudios que afirman que un número significativo de profesionales sanitarios plantean no estar de acuerdo con la eutanasia, en tanto que se privilegian los principios religiosos, morales y éticos sobre la aplicación de la eutanasia (Peruyera *et al.*, 2001; Raja *et al.*, 2002; Alves *et al.*, 2020).

Con respecto al concepto de eutanasia y a las percepciones que tienen las personas involucradas en este procedimiento, se pudo constatar que los pacientes, familiares y profesionales de la salud tienen mayor percepción de conocimiento en la eutanasia en Colombia (Tabla 1). Los participantes manifestaron que lo primordial para llevar a cabo la realización de la misma es tener en cuenta el diagnóstico del paciente donde un tratamiento farmacológico o terapéutico no brinde el mínimo de bienestar para dicha persona, a pesar que ellos mismos reconocen tener poco conocimiento frente al protocolo y los caos específicos en los cuales se puede proceder con la eutanasia (Tabla 1).

Respecto a los principios bioéticos, se presentan convergencias respecto al principio de autonomía donde los profesionales de la salud, pacientes y familiares, a pesar de no ser el principio donde se percibe mayor conocimiento (Tabla 1). Ellos expresaron que este es el principio fundamental para la realización de la eutanasia, en la que debe primar la decisión de cada persona y se debe respetar lo que desea hacer con su mente o cuerpo, validando si el paciente desea vivir o morir. Como bien lo ha expuesto Alves *et al.* (2020) en el debate frente a la eutanasia, es importante considerar los deseos, los sentimientos y la opinión del paciente. Por lo tanto, la opción de elegir o no por la eutanasia responde a la libertad de elección del paciente y los profesionales que le asisten deben garantizar el cuidado y la preocupación por no

administrarles daños, partiendo siempre del respeto por su autonomía y el derecho a elegir o no determinados procedimientos. Asimismo, Collado *et al.* (2011) resaltan que es la autonomía del paciente la que orienta los procesos de intervención encaminados al mantenimiento de las funciones vitales u orientadas a paliar el dolor. En contraste, Gracia (1994) ubica el principio de no maleficencia como el ente rector de la ética médica para la realización de la eutanasia, en tanto que los principios morales dependen de la realidad biológica de cada individuo.

Otra de las convergencias identificadas, está relacionada con las leyes y sentencias que rigen el proceso de la aplicación de la eutanasia, donde los pacientes, familiares y profesionales de la salud tienen un conocimiento muy limitado respecto al tema (Tabla 1; Tabla 2), debido a que todavía se considera un tema tabú; esto hace que las personas no reciban orientaciones adecuadas con relación a la posibilidad de morir con dignidad, cuando la enfermedad es grave y si la persona así lo solicita. Con relación a este aspecto legal, se pudo evidenciar que los profesionales de la salud tienen mayor percepción de conocimiento respecto a la sentencia T970 expedida en el año 2014 (Tabla 1), la cual hace referencia a la reglamentación y el derecho a morir dignamente, a través de unos lineamientos dirigidos a todas las entidades prestadoras de salud, agrupados en el protocolo para la realización de la eutanasia en Colombia, publicado por el Ministerio de Salud en el año 2015, en consonancia con lo legislado mediante la ley 1733 de 2014. En este documento, se exponen los casos y criterios para llevar a cabo este procedimiento, los cuales están compuestos por enfermedades oncológicas y no oncológicas, capacidad de decisión, mayores de edad que lo expresen de manera verbal o escrita y que cumpla con los siguientes requisitos: condición médica, evaluación de sufrimiento, inasistencia de alternativas de tratamiento, persistencia en la solicitud, segunda valoración e integridad en la evaluación. Asimismo, se evidencia menor percepción de conocimiento en la ley 1733 emitida en el año 2014 (Tabla 1), en la que se reglamentan los cuidados paliativos a pacientes en estado terminal con enfermedades crónicas, degenerativas e irresistibles. A través de esta ley, se pretende mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores; de igual forma, se indica que dichos cuidados se deben realizar en instituciones prestadoras de salud y en todos los casos se deben tener en cuenta la decisión del paciente (Congreso de la República de Colombia, 2014). Así, en Colombia se han desarrollado estudios que han concluido que la persona debe tener una posición libre y responsable a lo largo de toda su existencia, para poder elegir libremente. De igual manera, es importante dejar por escrito el consentimiento sobre qué hacer sobre un estado terminal o pérdida de conciencia (García, 2016).

La calidad de vida también resulta ser un principio fundamental para la realización de la eutanasia y un elemento definitivo en los sistemas de salud (Bastos *et al.*, 2018) ya que brinda insumos para que el paciente exprese la posibilidad de realizarse la eutanasia o de morir dignamente. Este principio además da la posibilidad de reconocer factores que resultan de suma importancia para fortalecer la mirada social, médica y psicológica con relación al concepto de eutanasia; es por esto que los pacientes, familiares y profesionales de la salud consideran de suma importancia el bienestar de tanto de los pacientes como de sus familiares, en la medida que se evite el sufrimiento extremo de quien padece la enfermedad. También se considera que en la totalidad de los casos, debe primar la calidad de vida y calidad de muerte de quien padece la enfermedad, evitando todo acto que conduzca al encarnizamiento terapéutico y se garantice el alivio del sufrimiento (Francisconi, 2007)

Finalmente, para los profesionales sanitarios, el procedimiento de la eutanasia está regido por lineamientos legales, en los que se destaca la importancia en el diagnóstico del paciente para proceder con la aplicación de la eutanasia. Sin embargo, los familiares refieren que lo más humano y pertinente es la decisión libre del paciente sobre el curso de su vida, puesto que son ellos quienes están padeciendo el dolor y el sufrimiento. A su vez, los pacientes expresaron que ante la solicitud de dicho procedimiento, se ven expuestos a múltiples limitaciones y barreras, en tanto que las instituciones prestadoras de salud no se han informado ni cuentan con la totalidad de su personal capacitado respecto a los lineamientos, definición y formas de aplicación de la eutanasia en el contexto colombiano, cuyo nivel de conocimiento percibido por el personal sanitario permanece con indicadores bajos (Tabla 1).

En relación a la muerte digna, existen diferentes factores que inciden en la percepción de los pacientes y allegados de ver la eutanasia como una posibilidad de morir dignamente, puesto que tradicionalmente se ha planteado que la eutanasia incurre en un conflicto entre la vida y la muerte y entre las posibilidades de morir con calidad y vida digna. Es por esto que Mañón (2016) expone que la aplicación de la eutanasia es un conflicto entre el derecho a la vida y el derecho a la libre decisión, lo que exige un abordaje interdisciplinario del paciente y su sistema familiar, resaltando que la muerte digna debe ser una decisión propia de cada ser humano, en la que debe prevalecer el bienestar del mismo y de sus familiares. La muerte digna está dada en términos de brindar auxilio mediante la aplicación de medicamentos en caso de sufrimiento extremo siempre y cuando la persona desee morir con dignidad y haya persistencia en la decisión, de tal forma que el paciente promueve su propio bienestar y orienta su decisión a evitar el sufrimiento propio y de sus cuidadores. En sintonía, los profesionales en enfermería, medicina, psicología y auxiliares de enfermería otorgan especial

reconocimiento a la decisión del paciente y el respaldo de sus familiares, sin perder de foco la garantía en el mejoramiento de las condiciones físicas y psicológicas, para así evitar tratamientos innecesarios e inadecuados que imposibiliten la libertad y autonomía de quien padece la enfermedad. Éstos también refieren que la muerte digna hace alusión a un procedimiento intencional en condiciones de enfermedad terminal, crónica, degenerativa o irresistible, donde la intención radica en evitar el dolor y tener en cuenta el deseo de vivir o morir de manera autónoma, resaltando que la muerte digna para un paciente está determinada a través de los cuidados comprensivos de sus familiares y allegados, resaltando cierta preferencia por la muerte en casa (Motta *et al.*, 2016).

Conclusion

Los pacientes con enfermedades terminales o degenerativas, familiares y profesionales de la salud convergen en afirmar que el principio fundamental para la realización de la eutanasia es la autonomía, pues este no solamente hace referencia a la libertad que tiene el paciente para decidir sobre su vida, sino también a la información que se le brinda acerca de la intervención, el modo de aplicación, riesgos y objetivos, para que así la persona tome una decisión basada en los criterios expresados por el profesional (Andorno, 1997). Aunque para los profesionales de la salud y los familiares es importante la autonomía del paciente para llevar a cabo este procedimiento, no es donde tienen mayor percepción de conocimiento, ya que según los datos cuantitativos donde se presenta un mayor conocimiento es en el principio de justicia.

Los pacientes, familiares y profesionales de la salud convergen en el conocimiento limitado frente las leyes y sentencias que rigen la eutanasia, ya que en la actualidad aún persisten tabúes respecto a este tema, por lo tanto, las personas no ven la necesidad de capacitarse frente a los lineamientos que rigen este procedimiento, definición, así como los modos de aplicación en el país. Esto se corrobora con la información cuantitativa donde se evidencia menor percepción de conocimiento con respeto a este tema.

Los elementos teóricos y prácticos de los profesionales sanitarios sobre la eutanasia son muy limitados, esto hace que tanto los pacientes con enfermedades terminales o degenerativas y sus familiares se les dificulte tanto la solicitud o ejecución de la misma, al enfrentarse a múltiples barreras en su acceso. Estas posibles barreras para la aplicación de la eutanasia pueden estar originadas en la falta de conocimiento de las leyes y sentencias que la rigen, los lugares en los que se puede realizar y el protocolo que se debe tener en cuenta.

En cuanto a las divergencias entre los profesionales de la salud respecto a los grupos restantes en la concepción de la filosofía propuesta por Cecily Saunders, los primeros lo consideran conveniente en los casos de enfermedad terminal y degenerativa, al igual que para los pacientes entrevistados. Por el contrario, para algunos familiares esto se convierte en un dolor aún más grande que la propia enfermedad, ya que ellos consideran más conveniente que sus familiares reciban toda la atención médica necesaria.

Las puntuaciones bajas obtenidas por los participantes de la investigación respecto a la percepción de conocimiento respecto a la eutanasia y los lineamientos legales de esta en Colombia, evidencia que en la actualidad aún existe un desconocimiento marcado frente al tema, por parte del personal médico y de la salud (psicólogos, médicos, auxiliares de enfermería y enfermeros), familiares y pacientes con enfermedades crónicas, terminales o degenerativas. Por lo tanto, se considera necesario que se brinden capacitaciones constantes a las personas implicadas, acerca del marco legal, así como modos de aplicación, ética médica y demás temas de importancia frente a este tema, puesto que el debate frente a la eutanasia está en tela de juicio la calidad de vida de un individuo, concepto que abarca desde los componentes de bienestar tanto físico como psicológico hasta los derechos inherentes a su condición humana.

Finalmente, los profesionales de la salud presentan un dilema bioético respecto a la eutanasia, al entrar en confrontación con sus principios religiosos, espirituales y humanos, exigiéndoles tomar distancia de sus propias historias de vida y sus imaginarios sociales para darle la posibilidad a que un ser humano, de manera libre, exprese de manera directa su deseo de terminar con el sufrimiento ocasionado por la enfermedad y encontrar el respaldo normativo necesario para proceder con la solicitud de la eutanasia, en los términos legalmente constituidos en Colombia.

Referencias

- Alves, A., Mendes, F., Cardoso, F., Meira, B., Almeida, A., Gonçalves, J., Perrela, Á. (2020). Percepción de la eutanasia por parte de los profesionales sanitarios. *Revista Bioética*, 28 (1), 111-118. doi: 10.1590/1983-80422020281373
- Andorno, R. (1997). *Bioética y dignidad de la persona*. Madrid, España: Ed. Tecnos.
- Betancur, G. (2011). Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión bioética. *Revista Humanidades Médicas*, 11(2), 259-273. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202011000200003

- Biondo, C., Silva, M. y Secco, L. (2009). Distanasia, eutanasia y ortotanasia: percepciones de los enfermeros de unidades de terapia intensiva e implicaciones en la asistencia. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 17(5), 613-619. doi:10.1590/S0104-11692009000500003.
- Cano, C., López, F., Serrano, J., Postigo, E., Abellán, J. y Prensa, L. (2008). La eutanasia. perspectiva ética, jurídica y médica. Recuperado de https://eprints.ucm.es/11693/1/La_Eutanasia_perspectiva_etica_juridica_y_medica.pdf
- Collado, A., Piñon, A., Odales, R., Acosta, L. y Serra, S. (2011). Eutanasia y valor absoluto de la vida. *Revista cubana de Higiene y Epidemiología*, 49(3), 450 - 458. Recuperado en <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v49n3/hie12311.pdf>
- Congreso de la República de Colombia (2014). *Ley 1733 de 2014 por la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida*. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia.
- Creagh, M. (2012) Dilema ético de la eutanasia. *Revista cubana de salud pública*, 38(1), 150-155. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2012.v38n1/150-155/es>
- Delgado, E. (2017). Eutanasia en Colombia: una mirada hacia la nueva legislación. *Revista Justicia*, 22 (31), 226-239. doi: 10.17081/just.22.31.2608
- Francisconi, C. (2007). Eutanasia: una reflexión desde una mirada bioética. *Revista Latinoamericana de bioética*, 7(12), 110-115. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1270/127020800009.pdf>
- García, J. (2016). Consideraciones del bioderecho sobre la eutanasia en Colombia. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 17(1), 200-221. doi: 10.18359/r/bi.2637
- Gracia, D. (1994). Dilemas actuales sobre la ética médica ante las opciones vida- muerte. *Cuadernos de Sección. Ciencias médicas* 3, 143-154. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/11502709.pdf>
- Gutiérrez, J. (2000) Eutanasia: concepto, tipos, aspectos éticos y jurídicos. actitudes del personal sanitario ante el enfermo en situación terminal. Recuperado de https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/EUTANASIA_2000.pdf
- Halac, J., Halac, E., Moya, M., Olmas, J., Dopazo, S. y Dolagaray, N. (2009). Bioética perinatal: ¿Eutanasia o decisiones sobre terminación de la vida? Análisis del Protocolo de Groningen. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 107(6), 520-526. Recuperado de <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2009/v107n6a09.pdf>

- Mañón, G. (2016). La eutanasia: derecho a la muerte digna. *Hechos y Derechos* 36. Recuperado de <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/hechos-y-derechos/article/view/10702/12860>
- Marcos, A. y De la Torre, F. (2019). *Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional*. Madrid, España: Ed. Dykinson S.L.
- Ministerio de Salud (2015). *Protocolo para el procedimiento de eutanasia en Colombia*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud.
- Motta, I., Nunes, R., Cavalcanti, T., Silva, A. y Gouveia, V. (2016). Percepciones de estudiantes y médicos sobre la "muerte digna". *Revista bioética*, 24 (1), 108-117. doi: 10.1590/1983-80422016241112
- Naranjo, D. (2015, 03 de julio). Ovidio González se convierte en la primera persona sometida a eutanasia en Colombia. *BBC Mundo*. Recuperado de: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/07/150703_eutanasia_ovidio_gonzalez_colombia_cch
- Parreiras, M., Cafure, G. Pacelli, L., Silva, L., Rucki, S. y Angelo, V. (2016). Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática. *Revista bioética*, 24(2), 355-367. doi: 10.1590/1983-80422016242136
- Peláez, P. (2019). Marcos, A. M. y De la Torre, J. (Eds.) (2019): Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional. Dykinson S. L. Madrid. ISBN:9788413240367, páginas 217. Reseña de Libros. *Revista de Derecho UNED* 25, 873-880. <https://doi.org/10.5944/rduned.25.2019.27024>
- Peruyera, U., Peruyera, I. y Santiago, I. (2001). Eutanasia: opinión de un grupo de profesionales de la salud. *Cuadernos de bioética* 1. Recuperado de <http://aebioetica.org/revistas/2001/1/44/77.pdf>
- Radbruch, L., Leget, C., Bahr, P., Müller-Busch, C., Ellershaw, J., De Conno, F. & Berghe, P. (2016). Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine* 30 (2), 104-116. doi: 10.1177/0269216315616524
- Raja, R., Gala, F., González, J., Lupiani, M., Guillén, C. y Alba, I. (2002). Influencia de las creencias religiosas en las actitudes en el personal sanitarios (P.S.) ante la muerte. *Cuadernos de Medicina Forense* 29. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn29/original2.pdf>
- Vargas, L. y Calle, M. (2014). *Sentencia T970-14 por medio de la cual se resuelven los procedimientos tendientes a garantizar el derecho a morir dignamente*. Bogotá D.C.: Corte Constitucional.