

LAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS: REFLEXIONES JURÍDICAS EN EL SISTEMA LEGAL COLOMBIANO

Yamal Elías Leal Esper



LAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS: REFLEXIONES JURÍDICAS EN EL SISTEMA LEGAL COLOMBIANO*

YAMAL ELÍAS LEAL ESPER
UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Resumen

Con el presente artículo de reflexión se pretende analizar, desde una perspectiva jurídica, las directivas anticipadas, conocidas también como testamentos vitales, para lo cual ha de abordarse su noción, su evolución histórica y los análisis de los casos más emblemáticos de aplicabilidad en el contexto internacional, como los de Karen Ann Quinlan, Nancy Cruzan, Geertruida Postma y Vincent Lambert, en los cuales los testamentos vitales han desempeñado un papel importante. Así mismo, se dará una mirada sobre las directivas anticipadas en el contexto internacional y, por último, se mostrará la normatividad aplicable en el ámbito colombiano, de tal forma que permita determinar y dar a conocer las principales características, los requisitos de validez y la eficacia en el ordenamiento jurídico de Colombia y su aplicabilidad.

Palabras clave: directivas anticipadas, testamentos vitales, bioética, dignidad humana.

El autor: magíster en Gestión de la calidad de la educación superior. Docente de la Universidad Libre de Colombia, sede Cúcuta. Correo electrónico: yamalesper@hotmail.com

Recibido: 10 de octubre 2019; ***Evaluado:*** 2 de abril 2020; ***Aceptado:*** 3 de abril 2020

* Artículo de reflexión, resultado del proyecto de investigación denominado "Las directivas anticipadas en Colombia", dirigido a la comunidad de la Universidad Libre, seccional Cúcuta.

ADVANCE DIRECTIVES: LEGAL REFLECTIONS ON THE COLOMBIAN LEGAL SYSTEM

YAMAL ELÍAS LEAL ESPER
UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Abstract:

This reflection article seeks to analyze advance directives, also known as living wills, from a legal perspective. To do so, the article addresses their conception, historical evolution, and analyzes the most emblematic cases in the international context, such as the cases of Karen Ann Quinlan, Nancy Cruzan, Geertruida Postma, and Vincent Lambert, in which living wills have played an important role. Additionally, it looks at advance directives in the international context, and, finally, shows the applicable laws in Colombia, such that it determines and reveals the main characteristics, the requirements for validity, and their effectiveness in the Colombian legal system and their applicability.

Keywords: advance directives, living will, bioethics, human dignity

Author: master's in Quality management in higher education. Lecturer at Universidad Libre de Colombia, Cúcuta. Email: yamalesper@hotmail.com

Received: October 10, 2019; **Reviewed:** April 2, 2020; **Accepted:** April 3, 2020

DIRETRIZES ANTECIPADAS DE VONTADE: REFLEXÕES JURÍDICAS NO SISTEMA LEGAL COLOMBIANO

YAMAL ELÍAS LEAL ESPER
UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Resumo

Neste artigo, pretende-se analisar, de uma perspectiva jurídica, as diretrizes antecipadas de vontade, conhecidas também como “testamentos vitais”. Para isso, abordam-se sua noção, evolução histórica e análise dos casos mais representativos de aplicabilidade no contexto internacional, como os de Karen Ann Quinlan, Nancy Cruzan, Geertruida Postma e Vincent Lambert, nos quais os testamentos vitais desempenharam um papel importante. Além disso, são observadas as diretrizes antecipadas no contexto internacional e, por último, é mostrada a normatividade aplicável no âmbito colombiano, de tal forma que permita determinar e evidenciar as principais características, os requisitos de validade e a eficácia no ordenamento jurídico da Colômbia, bem como sua aplicabilidade.

Palavras-chave: diretrizes antecipadas, testamentos vitais, bioética, dignidade humana.

O autor: mestre em Gestão da qualidade do ensino superior. Docente da Universidad Libre de Colombia, sede Cúcuta. E-mail: yamalesper@hotmail.com

Recebido: 10 de outubro de 2019; **avaliado:** 2 de abril de 2020; **aprovado:** 3 de abril de 2020.

Introducción

El final de la vida es una realidad y uno de los grandes enigmas del ser humano. Es un instante en el cual se tomarán medidas trascendentales en relación con el cuerpo, la familia y el patrimonio adquirido tras años de trabajo, pero, en la mayoría de los casos, se quedan en la intención del sujeto, bien porque no se alcanzan a plasmar o porque se padece alguna enfermedad de carácter terminal que impide manifestar la voluntad; por ello, se acude a instrumentos como las directivas anticipadas o los testamentos vitales.

El Ministerio de Justicia y del Derecho colombiano se refiere a las directivas anticipadas como la toma de decisiones con apoyo frente a un tratamiento médico y resalta que tienen aplicabilidad en el área de la salud y la medicina, en particular frente a la eutanasia y al derecho a morir dignamente. Al respecto, expone:

Son un concepto que se ha aplicado tradicionalmente en el área de la medicina y la salud. Éste hace referencia a los documentos legales que permiten verificar la voluntad de una persona frente a determinado tratamiento médico y que deben ser tenidas en cuenta en el momento en que la persona no tiene la capacidad mental de tomar una decisión. Principalmente ha sido utilizado en casos de eutanasia, pero es la postura generalizada en materia de discapacidad psicosocial que esta figura se puede usar también cuando una persona entra en una crisis. La directiva incluirá entonces aspectos que van más allá de lo médico como por ejemplo el manejo del patrimonio.¹

Para Montoya, Isaza y Camacho:

En primer lugar, vale la pena ver cómo funcionan las directivas anticipadas dentro del campo médico para luego expandirlas hacia otros ámbitos. Así, dentro de los ordenamientos jurídicos actuales se encuentran como pilares fundamentales el derecho a la dignidad, a la autonomía personal y a la libertad. Estos pilares deben estar presentes en todas las relaciones de la sociedad incluyendo la relación médico-paciente.²

Para Tobar:

¹ María José Montoya Lara, Federico Isaza Piedrahita y Juan David Camacho Santoyo, *Derecho y discapacidad: el derecho a decidir* (Bogotá: Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla, Universidad de los Andes, s. f.), 77.

² Montoya Lara, Isaza Piedrahita y Camacho Santoyo, *Derecho y discapacidad*, 77-78.

[...] todo paciente tiene derecho a elegir si se somete o no a determinado tratamiento y a decidir la suerte de su propio cuerpo, considerando la voluntad del paciente un elemento indispensable a tener en cuenta por parte del médico tratante.³

1. Planteamiento del problema

¿Cuál es la relación entre los principios constitucionales del ser humano y la aplicabilidad, la validez y el efecto de las disposiciones anticipadas en el ordenamiento jurídico colombiano?

En los ordenamientos jurídicos nacionales e internacionales, se predica la libertad individual y la autonomía de la voluntad, aunadas al libre desarrollo de la personalidad y la dignidad. Las directivas anticipadas en el campo de la salud y la medicina parten del principio fundante del derecho a la dignidad, el cual se manifiesta en la autonomía que tiene un paciente cuando, por ejemplo, su médico le informa sobre el procedimiento o el tratamiento al que debe someterse, en caso de presentar alguna dolencia o enfermedad.

La Corte Constitucional ha definido que la posibilidad que tiene una persona de tomar decisiones frente a su salud tiene un carácter fundamental y se basa en los principios constitucionales del pluralismo, de la dignidad humana, del libre desarrollo de la personalidad, de la integridad personal y de la salud.⁴

En 1999, la Corte Constitucional dijo:

Si los individuos son libres y agentes morales autónomos, es obvio que es a ellos a quienes corresponde definir cómo entienden el cuidado de su salud, y, por ende, los tratamientos médicos deben contar con su autorización. En efecto, “la primera consecuencia que se deriva de la autonomía, consiste en que es la propia persona (y no nadie por ella) quien debe darle sentido a su existencia y, en armonía con él, un rumbo”. Por ello esta Corte ha señalado que del “principio general de libertad emana el derecho específico de la autonomía del paciente que le permite tomar decisiones relativas a su salud”. Igualmente,

³ Jenner Alonso Tobar Torres, “Las directivas anticipadas, la planificación anticipada de la atención y los derechos a la dignidad y autonomía del paciente. Estado de la cuestión a nivel internacional y su posibilidad de ejercicio en el derecho colombiano”. *Revista Colombiana de Bioética* 7, núm. 1 (2015): 141.

⁴ Colombia, Corte Constitucional, *Sentencia T-425 de 2010*, M. P. Humberto Sierra Porto.

si las personas son inviolables, sus cuerpos también lo son, por lo cual no pueden ser intervenidos sin su permiso.⁵

La decisión de una persona acerca de iniciar o no un procedimiento quirúrgico, en ejercicio de su capacidad de elegir sobre su vida o sobre su salud, se denomina consentimiento informado. La Corte Constitucional ha establecido sus características principales:

No cualquier autorización del paciente es suficiente para legitimar una intervención médica: es necesario que el consentimiento del paciente reúna ciertas características, y en especial que sea libre e informado. Esto significa, en primer término, que la persona debe tomar su determinación sin coacciones ni engaños. Por ello, en segundo término, la decisión debe ser informada, esto es, debe fundarse en un conocimiento adecuado y suficiente de todos los datos que sean relevantes para que el enfermo pueda comprender los riesgos y beneficios de la intervención terapéutica, y valorar las posibilidades de las más importantes alternativas de curación, las cuales deben incluir la ausencia de cualquier tipo de tratamiento. Finalmente, el paciente que toma la decisión debe ser lo suficientemente autónomo para decidir si acepta o no el tratamiento específico, esto es, debe tratarse de una persona que en la situación concreta goce de las aptitudes mentales y emocionales para tomar una decisión que pueda ser considerada una expresión auténtica de su identidad personal.⁶

Para el Ministerio de Justicia y del Derecho, “la regla que generalmente se aplica es buscar el consentimiento informado, es decir que la persona sobre la que recae el tratamiento debe decidir si lo acepta o no”.⁷

Dicha regla es difícil de cumplir, por cuanto hay ocasiones en las que la persona no se encuentra consciente o no está en condiciones de manifestar su consentimiento. Entonces, ¿cuál sería el procedimiento a seguir por la institución de salud o los familiares? Según Montoya, Isaza y Camacho:

[...] la respuesta tradicional para estos interrogantes es que la voluntad del paciente se sustituye con la voluntad de una persona cercana que asume su voluntad [...] piensa en los casos que los familiares buscan lo mejor para la

⁵ Colombia, Corte Constitucional, *Sentencia SU-337 de 12 de mayo de 1999*, M. P. Alejandro Martínez Caballero.

⁶ Colombia, Corte Constitucional, *Sentencia SU-337 de 12 de mayo de 1999*.

⁷ Montoya Lara, Isaza Piedrahita y Camacho Santoyo, *Derecho y discapacidad*, 78.

persona; sin embargo, parece problemático sustituir completamente la voluntad de una persona justamente cuando se va a someter a tratamientos que pueden violar su dignidad, autonomía o privacidad.⁸

La Corte Constitucional ha señalado que el principio de autonomía puede entrar en colisión con otros principios que orientan la práctica médica, como el principio de beneficencia, utilidad y justicia. Sobre estos principios expresó:

El principio de beneficencia comprende tanto el principio de benevolencia, según el cual la práctica de los profesionales de la salud debe estar destinada a obtener el mayor bienestar posible para el paciente; como el principio de no maleficencia (*primun non nocere*), que impide que la práctica médica involucre el daño a la salud y a la integridad física del enfermo.

Al lado del principio de beneficencia, está el de utilidad, que funda su existencia en la necesidad [de] que la práctica médica también redunde en beneficio del interés general, por lo que es posible que en algunos casos se esté ante tratamientos médicos que, si bien no constituyen un beneficio al paciente, sí contribuyen al avance de las ciencias de salud y, por ende, el mejoramiento futuro de la actividad médica.⁹

Según Tobar, para resolver las colisiones entre la bioética y los principios y derechos fundamentales, la jurisprudencia constitucional ha sido enfática al indicar que:

La solución depende, en general, de la ponderación del peso específico que esos principios adquieren dadas las particularidades del caso concreto, [...] en una sociedad fundada en el pluralismo y la dignidad humana, el principio de permiso o de autonomía tiene prevalencia *prima facie* sobre los otros principios concurrentes.¹⁰

No siempre se puede conocer la voluntad de un paciente y pedir que sea sustituida puesto que puede no ser lo más conveniente; por eso se piensa en otra alternativa, como las directivas anticipadas, figura jurídica que permitiría resolver el debate entre los principios de beneficencia y autonomía.

⁸ Montoya Lara, Isaza Piedrahita y Camacho Santoyo, *Derecho y discapacidad*, 78.

⁹ Colombia, Corte Constitucional, *Sentencia T-1021 de 30 de octubre de 2003*, M. P. Jaime Córdoba Triviño.

¹⁰ Tobar Torres, "Las directivas anticipadas", 156.

2. Metodología

En la metodología empleada se tuvo en cuenta la investigación desarrollada sobre las directivas anticipadas en Colombia desde el campo sociojurídico. Se utilizó el método descriptivo, con el fin de evaluar el estado del arte acerca del tema y, de esta forma, encontrar una solución significativa al problema planteado. Asimismo, se emplearon los métodos deductivo y hermenéutico jurídico, en cuanto a las disposiciones vigentes y a las fuentes jurisprudenciales y teóricas aquí contenidas.

3. Esquema de resolución del problema jurídico

El objetivo principal es dar a conocer las directivas anticipadas en Colombia, para propiciar un conocimiento sólido desde el punto de vista normativo respecto a su aplicabilidad y sus efectos.

4. Plan de redacción

Se propone, en un primer lugar, establecer la noción de las directivas anticipadas —también conocidas como testamento vital— desde el ámbito internacional y, en especial, dentro del ordenamiento jurídico colombiano.

En segundo lugar, se describirá la normativa colombiana, desde el punto de vista cronológico, para vislumbrar mejor su evolución.

5. Las directivas anticipadas: noción

En otros países, las directivas anticipadas suelen denominarse como voluntades anticipadas, plan de cuidado avanzado, declaraciones sobre la propia incapacidad, instrucciones previas o testamentos vitales o biológicos; todas son nociones ligadas a la capacidad que posee una persona de manifestar su voluntad sobre situaciones que pudieran llegar a ocurrir, por ejemplo, padecer una enfermedad terminal.

Las directivas anticipadas se definen como documentos que consagran y comunican decisiones frente a la asistencia médica en caso de no poder manifestarlas por sí mismo, bien para que se cumpla la voluntad del paciente, para que sus familiares no

pretendan adivinar cuál sería el querer de este o para prevenir futuras controversias familiares.¹¹

Desde un punto de vista más técnico y legal, las directivas anticipadas constituyen:

[Un] documento mediante el cual una persona civilmente capaz y bioéticamente competente, sana o enferma y en ejercicio de su autonomía, consigna determinadas pautas y/o indicaciones referentes a cómo deberá procederse a su respecto en materia de la atención médica que se le prestará ante un futuro estado patológico y/o su desenlace, en caso de incompetencia sobreviniente.¹²

Existen dos tipos de directivas anticipadas:

1. Un testamento vital, en el cual [se] establecen los tratamientos médicos a los que quiere o no quiere ser sometida una persona, para lo cual comunica a los profesionales médicos el deseo respecto de ciertas decisiones específicas, como, por ejemplo, si desea o no ser conectado a un respirador artificial.
2. Un poder notarial de salud, mediante el cual se designa a una persona para tomar la decisión no solo respecto de aquellas decisiones para prolongar la vida, sino para la atención médica general.¹³

Se entiende que todo paciente puede expresar verbalmente su voluntad frente a su atención médica de manera anticipada. Lo cierto es que esta debe estar contenida en su historia clínica y que las directivas anticipadas consagradas por escrito son sustitutivas de la voluntad verbal del paciente. Esto dará certeza de que son voluntarias, veraces, meditadas y deliberadas.

No obstante la directiva anticipada o el testamento vital no requiere de mayores formalidades más allá de plasmar su voluntad en un documento, algunos países requieren no solo que se elabore ante notario, sino que cuente con la presencia de

¹¹ Eleonora Lamm, "Directivas médicas anticipadas", <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:OOtV3Yql0Tkj:www.salud.gob.ar/dels/printpdf/40+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=co> (acceso junio 13, 2019).

¹² Jesús Armando Martínez Gómez, "La negativa al tratamiento y los actos de voluntad anticipada. Posibilidades para su regulación en el ordenamiento jurídico cubano", *Bioética* (septiembre-diciembre 2011): 10.

¹³ AARP, "¿En qué consisten las directivas anticipadas?", <https://www.aarp.org/espanol/recursos-para-el-cuidado/herramienta-preguntas-respuestas/info2016/que-son-directivas-anticipadas.html> (acceso junio 13, 2019).

testigos; una vez reconocida, ha de entregarse una copia al médico tratante para los fines pertinentes.

A continuación se exponen algunas nociones que han propuesto diversos autores:

[...] las voluntades anticipadas son declaraciones unilaterales escritas, dirigidas al personal sanitario y a otras personas significativas, donde una persona mayor de edad expresa los tratamientos que desea o no desea que se le apliquen en diversas circunstancias médicas futuras, para que dirijan la toma de decisiones médicas cuando ella ya no tenga la capacidad de expresarse por sí misma.¹⁴

Para León:

Mediante esta declaración anticipada una persona podrá manifestar su voluntad sobre los cuidados y tratamientos a los que desearía ser sometida en el evento de que se encuentre en una situación en la cual no esté en condiciones de expresar su consentimiento personalmente.¹⁵

Zappalá define dicha declaración como:

[...] aquella declaración o conjunto de declaraciones por medio de las cuales un individuo, dotado de plena capacidad, expresa su voluntad sobre los tratamientos médicos a los que desearía o no ser sometido en la eventualidad de una enfermedad, trauma imprevisto o advertido, vejez o simplemente incapacidad, en consecuencia, de los cuales no estaría en condición de expresar su propio consentimiento informado (u oposición al mismo).¹⁶

Para Leone y Privitera:

En el ámbito de la salud, living will (así se conocen las directivas anticipadas en el derecho anglosajón) es la posibilidad que tiene una persona para, de manera

¹⁴ Alda Gradín, “Voluntad anticipada. Ley 18.473” en *Jornadas académicas de actualización en técnica notarial* (Montevideo: FCU, 2011), 72, citado en Martín Aparicio Howard Zuluaga, “Las declaraciones de voluntad anticipada y la autonomía de la persona”, *Revista de Derecho de la Universidad de Montevideo* 11, núm. 21 (2012): 174.

¹⁵ Francisco Javier León Correa, “Las voluntades anticipadas: análisis desde las experiencias en ética clínica”, *Revista Colombiana de Bioética* 3, núm. 2 (diciembre 2008): 89.

¹⁶ Francesco Zappalá, “Advance directives: declaraciones anticipadas de tratamiento médico o mal denominado testamento biológico”, *Criterio Jurídico* 8, núm. 1 (2008): 244.

libre y espontánea, manifestar su voluntad con el fin de que surta efectos en el futuro, cuando ya no ostentare capacidad para manifestar su voluntad.¹⁷

Bolívar y Góez las definen así:

Son diversos los contenidos u objetos de la voluntad anticipada el cuidado paliativo, la aceptación o el rechazo de tratamientos futuros, la readecuación o la limitación del esfuerzo terapéutico, la designación de una persona que represente al paciente, cuando a este no le sea posible expresar su voluntad, para la donación de órganos (con fines médicos, de docencia o de investigación); asimismo, el acceso de información a terceros, el lugar de la muerte, la aceptación o el rechazo de apoyo religioso y la terminación anticipada de la vida.¹⁸

Para Lamm constituyen una forma de consentimiento informado por anticipación:

Las directivas anticipadas constituyen un documento voluntario que contiene instrucciones que realiza una persona en pleno uso de sus facultades mentales, con el objeto que surta efecto cuando no pueda expresar su voluntad. En otras palabras, se trata de una declaración de voluntad que hace un individuo para que se respete su voluntad cuando quede privado de capacidad por causa sobrevenida.

Consiste, entonces, en un consentimiento informado por anticipación. Así, esos documentos deben entenderse como un consentimiento informado realizado con anterioridad al supuesto o supuestos en los que debería entrar en vigor [...].¹⁹

6. Evolución histórica

De acuerdo con Howard el origen de las directivas anticipadas:

[...] se ubica, según la mayoría de la doctrina, en los Estados Unidos de América, más precisamente en Chicago. Se le reconoce al abogado Luis Kutner, en el

¹⁷ Salvino Leone y Salvatore Privitera, *Dizionario de bioetica* (Boloña: Edizioni Dehoniane, 1994), citado en Piedad Lucía Bolívar Góez y Ana Isabel Gómez Córdoba, “Voluntades anticipadas al final de la vida. Una aproximación desde la regulación colombiana y en el derecho comparado”, *Revista Latinoamericana de Bioética* 16, núm. 1 (enero-junio de 2016): 132.

¹⁸ Bolívar Góez y Gómez Córdoba, “Voluntades anticipadas al final de la vida”, 132-133.

¹⁹ Lamm, “Directivas médicas anticipadas”.

año 1967, la realización de un documento en donde las personas pudieran plasmar su voluntad en el sentido de que no se les aplicaran tratamientos en caso de encontrarse en un estado terminal de salud.

Al momento de la creación de este instrumento, no existía ninguna normativa que lo regulara, sino que es como consecuencia de dos casos jurisprudenciales que comienza su desarrollo normativo. El primero de ellos, fue el caso de Karen Ann Quinlan (1976), y tuvo como efecto que ese mismo año se incorporara al ordenamiento jurídico de California la Ley de Muerte Natural (Natural Death Act). El segundo, fue el emblemático caso de Nancy Cruzan en el año 1990, y determinó que un año después (1991) se creara la Ley de Autodeterminación del Paciente (Patient Self Determination Act) a nivel federal.²⁰

Sobre el caso de Karen Ann Quinlan, el Centro de Bioética de la Facultad de Medicina CAS-UDD señaló:

En abril de 1975 Karen Ann Quinlan comenzó una dieta estricta para poder usar un vestido que había comprado recientemente. El 15 de abril, asistió a una fiesta en casa de un amigo. Karen Ann no había comido prácticamente nada en las últimas 48 horas. Tras consumir alcohol y un tranquilizante (que se cree que fue fenobarbital o diazepam), Karen les comunicó a sus amigos que se sentía mareada, por lo que fue a recostarse. Quince minutos más tarde la encontraron sin respirar, llamaron una ambulancia y realizaron respiración boca a boca. Sin embargo, no recuperó la conciencia y fue ingresada en el Newton Memorial Hospital en New Jersey en estado de coma y pesando 50 Kg. Karen permaneció ahí por nueve días y fue transferida al St. Clare's Hospital. Karen Ann sufrió daño cerebral irreversible por experimentar una falla respiratoria prolongada. Luego de ser trasladada al hospital fue conectada a ventilación mecánica. Nunca se precisó la causa de la falla respiratoria. Karen se encontraba en estado vegetativo persistente. Durante los siguientes meses permaneció en el hospital, mientras su condición se deterioró gradualmente, perdió peso llegando a pesar 36 Kg. Karen sólo se mantenía viva por la alimentación nasogástrica y el apoyo del ventilador.

Luego de varios meses, sus padres al observar el estado de su hija solicitaron la suspensión de la ventilación mecánica. El hospital rechazó la petición de

²⁰ Howard Zuluaga, "Las declaraciones de voluntad anticipada", 175

los padres. En 1976, los Quinlan llevaron su caso a la Corte Suprema de New Jersey, que finalmente acogió la petición de los padres. Sin embargo, Karen continuó respirando de manera espontánea después del retiro del ventilador. Fue alimentada mediante sonda nasogástrica por nueve años más, hasta su muerte por neumonía en 1985.

Este caso fue relevante debido a que se constituyeron por primera vez en la historia los comités de ética hospitalaria.²¹

Así mismo, respecto a Nancy Cruzan, Serrano escribió:

Centrado en la discusión de la hidratación de pacientes en Estado Vegetativo Persistente fue el caso Nancy Cruzan que dio lugar a una sentencia del Tribunal Supremo de Estados Unidos, que respetaba la resolución de la Corte Suprema de Missouri que reconocía el derecho de Nancy a pedir la retirada del tubo de alimentación, pero siempre que fuese ella misma quien lo hubiese manifestado de una forma fehaciente.²²

En el año 1971, en Holanda, según Jacob Kohnstamm, director de los comités que vigilan la eutanasia en ese país, se presentó un caso cuando la doctora Geertruida Postma ayudó a su madre a morir y después se entregó a la Policía.²³ Behar lo describió así:

En octubre de 1971, la doctora Geertruida Postma inyectó a su madre doscientos miligramos de morfina por vía intravenosa. La paciente estaba internada en una clínica geriátrica a causa de una hemorragia cerebral, parcialmente paralizada, sorda, con pulmonía y problemas para hablar. Posteriormente la doctora Postma declaró: “Me repetía una y otra vez: quiero dejar esta vida. Por favor, ayúdame”. Había intentado suicidarse sin éxito.

Un día Geertruida visitó a su madre y la encontró en una silla de ruedas con los brazos atados. No pudo resistir verla como un desecho humano clavado

²¹ Pedro Ramos, “Calidad asistencial en el final de la vida en el paciente crítico. Consideraciones éticas”, http://si.easp.es/eticasalud/sites/default/files/let_pedro_ramos.pdf (acceso junio 13, 2019).

²² José Miguel Serrano Ruiz-Calderón, “Alimentación: cuidado y tratamiento: una deriva irracional y una posible enmienda en la eutanasia por omisión”, *Anuario de Derechos Humanos. Nueva Época* 11, 521.

²³ Juandy Gómez, “La eutanasia ‘ayuda al paciente a vivir más tiempo’, según experto holandés”, *Diario de Salud*, Secc. Actualidad, 13 de junio de 2019. <https://www.diariodesalud.com.do/texto-diario/mostrar/1453396/eutanasia-ayuda-paciente-vivir-tiempo-segun-experto-holandes> (acceso junio 13, 2019).

a su silla. El día siguiente le inyectó la dosis letal, y acto seguido le solicitó al director de la clínica que extendiera el certificado de defunción.

Éste se negó y llamó a la policía [...].

La doctora Postma fue declarada culpable y sentenciada a una semana de suspensión laboral y un año de libertad condicional.²⁴

En esa época fueron frecuentes las protestas de grupos religiosos contra la legalización de la eutanasia, pero a raíz del caso de la doctora Postma, se abrió un debate en Holanda que llevó a la legalización de la eutanasia en 2002.

Con posterioridad se suscribió el Convenio de bioética relativo a los derechos humanos y la biomedicina, firmado por los países de la Unión Europea en Oviedo en 1997 (Convenio de Oviedo). Este instrumento internacional fue el primero en reconocer las voluntades anticipadas, al establecer, en su Artículo 9, lo siguiente: “[...] serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad”.²⁵

7. Las voluntades anticipadas en el contexto internacional

Las voluntades anticipadas tienen su origen en Estados Unidos con los denominados “testamentos vitales”. Se resalta la Ley de Autodeterminación del Paciente, de 1991.

En Estados Unidos y Canadá lleva tres décadas la aplicación [...] de las voluntades anticipadas [...] en el ámbito clínico y se han presentado casos de su aplicación en decisiones [...] con pacientes [que se encuentran en las unidades de] cuidados intensivos.²⁶

Según Gil, en “los hospitales de la Administración de Veteranos de Estados Unidos, es común que redacten voluntades anticipadas enfermos psicóticos, la mayoría de ellos incapacitados legalmente, cuando atraviesan momentos de lucidez”.²⁷

²⁴ Daniel Behar, *Cuando la vida ya no es vida: ¿eutanasia?* (Ciudad de México: Pax México, 2007), 27-28.

²⁵ Ana Ylenia Guerra Vaquero, “Voluntades anticipadas: optimización y gestión de su información en España y en la Unión Europea” (tesis doctoral, Universidad Nacional de Educación a Distancia, 2016), 227.

²⁶ León Correa, “Las voluntades anticipadas”, 86.

²⁷ Carlos Gil, “Panorama internacional de las voluntades anticipadas”, *Bioética en atención primaria* (2002), <http://www.institutodebioetica.org/revista/cgil.pdf>, citado en León Correa, “Las voluntades anticipadas”, 87.

En Cataluña, la Ley 21 de 2000, sobre los derechos de la información concerniente a la salud y la autonomía del paciente la regulación legal, y en España, la Ley 41 de 2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de Información y documentación clínica, contienen las características principales de las directrices previas. Se permite que el paciente competente —en uso de su libre autonomía, sin coacciones y con la posibilidad de retractarse— suscriba estos documentos antes de que no pueda hacerlo. Sobre este aspecto, León sostuvo:

Por tratarse de cómo quiere el paciente afrontar el proceso del fin de su vida, no puede llamárseles con propiedad “testamento vital”, pues no se trata de indicaciones para después de su muerte, y este término se utiliza cada vez menos en el ámbito especializado. Por tratarse de decisiones importantes que pueden incluso poner en riesgo vital al paciente.²⁸

Echezarreta comenta que en España se puede registrar el documento en casi todas las comunidades autónomas y contempla incluir la opción de un documento de voluntades anticipadas en “soporte electrónico a través de la tarjeta sanitaria, de modo que haya acceso tanto en el ámbito de atención primaria como en la hospitalaria”.²⁹

En Francia, en el año 2008, Vicent Lambert sufrió un accidente de tráfico que lo dejó tetrapléjico y completamente dependiente.

En 2011, los médicos descartaron toda posibilidad de mejora, y en 2014 su estado fue calificado de vegetativo.

En este tiempo, el hospital había obtenido tres veces la autorización para cesar el tratamiento, pero no pudo aplicarla por la acción judicial de los padres.

[...] Lambert no dejó por escrito su testamento vital y su situación se ha convertido en Francia en un símbolo del debate sobre la muerte digna en Francia.

El fallo revoca una decisión de un tribunal parisino que el mes pasado ordenó que se volvieran a colocar las sondas de alimentación e hidratación de Lambert,

²⁸ León Correa, “Las voluntades anticipadas”, 88.

²⁹ Mayte Echezarreta Ferrer, “La autonomía del paciente en el ámbito sanitario: las voluntades anticipadas”, *Revista Electrónica de Geriátrica y Gerontología*, 4, núm. 1 (2002), citado en León Correa, “Las voluntades anticipadas”, 88.

apenas unas horas después de que los médicos comenzaran a desconectar el soporte vital.³⁰

Entre los países latinoamericanos:

[En] Chile, la Ley 20584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, no regula específicamente [las voluntades anticipadas. Sin embargo,] al revisar la historia de la ley se observa que existió inicialmente la intención de legislar al respecto.³¹

En Argentina se presentó el caso de MdCS, en el que, a pesar de las solicitudes de su esposo de retirar la alimentación e hidratación artificiales después de que ella había permanecido cinco años en un estado vegetativo, la Corte Suprema de Justicia de la Provincia de Buenos Aires dictaminó en 2005 que los médicos deben mantenerla con vida porque “no hay expresión presente o pasada de la voluntad del paciente”.³²

En dicha providencia, la Suprema Corte afirmó la decisión de rechazar o suspender los tratamientos terapéuticos que pueden prolongar la vida a una persona:

[...] sólo puede ser tomada por el paciente, el titular de esa vida y que esa voluntad bien puede expresarse a través de lo que los países sajones conocen como “living will”, testamento de vida o testamento vital (aunque no importe un acto mortis causa desde que produce efectos antes de la muerte y dirigidos a ella) o mediante el otorgamiento de un poder especial (esencialmente revocable) a un tercero para que la exteriorice cuando su mandante llegue a esas precisas y detalladas circunstancias. Detalle de las circunstancias que, de algún modo, contiene un testamento de vida cuyo “albacea”, por así decirlo, es el mandatario, en tanto sujeto llamado a hacer cumplir y respetar las decisiones

³⁰ Infobae, “Los médicos vuelven a iniciar el protocolo de fin de vida para Vicent Lambert, símbolo de la muerte digna en Francia”, <https://www.infobae.com/america/mundo/2019/07/02/los-medicos-vuelven-a-iniciar-el-protocolo-de-fin-de-vida-para-vincent-lambert-simbolo-de-la-muerte-digna-en-francia/> (acceso junio 13, 2019).

³¹ Mariana Dittborn Bellalta, “Conocimientos y actitudes de profesionales de cuidados paliativos sobre voluntades anticipadas en Región Metropolitana, Chile”, *Revista Colombiana de Bioética* 13, núm. 2 (2018): 38.

³² Suprema Corte de Justicia Bonaerense, “Rechaza pedido de autorización de un curador para interrumpir la asistencia artificial que sostienen con vida a su cónyuge, en estado vegetativo” (Buenos Aires, 14 de febrero de 2005).

del testador en orden al modo y oportunidad de lo que aquél entiende y desea sea su buen morir.³³

Uno de los casos emblemáticos en Argentina fue el resuelto por el juez Pedro Hooft, titular del Juzgado en lo Criminal y Correccional de Transición No 1 de Mar del Plata, quien conoció una acción constitucional de amparo elevada por el cónyuge de una paciente que atravesaba una enfermedad degenerativa que derivó en cuadriplejía, anartría, disfagia marcada e insuficiencia respiratoria restrictiva severa; el cónyuge pretendía obtener la tutela judicial efectiva al “acto de autoprotección” (directivas anticipadas) realizado por la paciente.³⁴

El juez Hooft decidió conceder el amparo solicitado y dispuso: “[...] deberán ser respetadas a futuro las directivas anticipadas o acto de autoprotección, instrumentadas mediante actuación notarial”.³⁵

En Brasil, en el estado de São Paulo, existe una ley que se ocupa de los derechos de los pacientes terminales del sistema de salud, lo que les permite rechazar el tratamiento médico. La Ley 10.245/1999 establece que el paciente tiene derecho a rechazar tratamientos dolorosos o extraordinarios para tratar de prolongar la vida. Así mismo, la Resolución 41/1995 del Consejo Nacional de los Derechos del Niño y del Adolescente (Conanda), legalmente vinculada al Ministerio de Justicia, garantiza al paciente joven o lactante el derecho a una muerte digna junto a sus familias. En el año 2012, el Consejo Federal de Medicina (CFM), por medio de la Resolución 195/1995 legitima la posición médica sobre las directivas anticipadas de los pacientes. Además de su puntualidad e innovación ante los nuevos retos técnicos y científicos, garantiza la consideración de la voluntad previa y expresamente declarada por el paciente, en lo que respecta a las decisiones de atención y tratamiento, siempre de conformidad con los preceptos determinados por el Código de Ética Médica. Esta voluntad debe prevalecer sobre cualquier otra opinión no médica, incluida la voluntad de los miembros de la familia.³⁶

³³ Suprema Corte de Justicia Bonaerense, “Rechaza pedido de autorización”, conclusiones párr. 7

³⁴ Tobar Torres, “Las directivas anticipadas”, 151.

³⁵ Tobar Torres, “Las directivas anticipadas”, 151.

³⁶ Luiz Carlos Ufei Hassegawa et al., “Approaches and reflexions on advance healthcare directives in Brazil”. *Revista Brasileira de Enfermagem* 72, núm. 1 (2019): 256-264.

8. Las directivas anticipadas en Colombia. Análisis normativo

En Colombia se ha venido desarrollando el derecho a una “muerte digna”, sobre el cual se sustentan las voluntades anticipadas. Como antecedentes jurídicos tenemos: la Constitución Política de Colombia, la Ley 23 de 1981 (normas sobre ética médica), la Resolución 13437 de 1991 (constitución de los comités de ética hospitalaria y Decálogo de los derechos de los pacientes), el Decreto 2493 de 2004 (reglamentación parcial de las Leyes 9 de 1979 y 73 de 1988, en relación con los componentes anatómicos), Ley 600 de 2000 (Código Penal), la Ley 1737 de 2014 (regulación de servicios de cuidados paliativos) y la Resolución 1216 del 20 de abril de 2015 (directrices para la organización y el funcionamiento de los comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad).

La Ley 23 de 1981, que aborda los aspectos deontológicos de la profesión médica, prescribe:

[...] el médico usará los métodos y medicamentos a su disposición o alcance, mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad. Cuando exista diagnóstico de muerte cerebral, no es su obligación mantener el funcionamiento de otros órganos o aparatos por medios artificiales.³⁷

La Resolución 13437 de 1991 consagra el “derecho a morir con dignidad y a que se les respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad”,³⁸ así como los derechos a aceptar o a rehusar la asistencia espiritual y a donar órganos o tejidos.

El Decreto 2493 de 2004 aporta, en su Artículo 2, la definición de muerte encefálica, así como la voluntad de donación después de la muerte. Más adelante señala:

La voluntad manifestada por la persona donante en la forma señalada en el presente artículo, prevalecerá sobre la de sus deudos. El donante podrá revocar en cualquier tiempo, en forma total o parcial, antes de la ablación, la donación

³⁷ Colombia, Congreso de la República, *Ley 23 de 1981*, “Por la cual se dictan normas en materia de ética médica” (Bogotá: *Diario Oficial* núm. 35.711, 27 de febrero de 1981), art. 13.

³⁸ Colombia, Ministerio de Salud, *Resolución 13437 de 1991*, “Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes” (Bogotá, 1 de noviembre de 1991), art. 1, num. 10.

de órganos o componentes anatómicos, con el mismo procedimiento que utilizó para la manifestación de donación.³⁹

Dado lo anterior, en Colombia, las voluntades anticipadas tienen como finalidad, en una primera instancia, la donación de órganos.

Por su parte, el Código Penal tipifica como delitos el homicidio por piedad y el suicidio asistido. Sobre este aspecto, la Corte Constitucional expresó:

El deber del Estado de proteger la vida debe ser entonces compatible con el respeto a la dignidad humana y al libre desarrollo de la personalidad. Por ello la Corte considera que frente a los enfermos terminales que experimentan intensos sufrimientos, este deber estatal cede frente al consentimiento informado del paciente que desea morir en forma digna. En efecto, en este caso, el deber estatal se debilita considerablemente por cuanto, en virtud de los informes médicos, puede sostenerse que, más allá de toda duda razonable, la muerte es inevitable en un tiempo relativamente corto. En cambio, la decisión de cómo enfrentar la muerte adquiere una importancia decisiva para el enfermo terminal, que sabe que no puede ser curado, y que por ende no está optando entre la muerte y muchos años de vida plena, sino entre morir en condiciones que él escoge, o morir poco tiempo después en circunstancias dolorosas y que juzga indignas. El derecho fundamental a vivir en forma digna implica entonces el derecho a morir dignamente, pues condenar a una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones, equivale no sólo a un trato cruel e inhumano, prohibido por la Carta (CP art. 12), sino a una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral. La persona quedaría reducida a un instrumento para la preservación de la vida como valor abstracto.⁴⁰

Con la expedición de la Ley 1733 de 2014, la cual regula los servicios de cuidados paliativos, se dijo:

Derecho a suscribir el documento de Voluntad Anticipada: Toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades

³⁹ Colombia, Presidencia de la República, *Decreto 2493 de 2004*, "Por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 9ª de 1979 y 73 de 1988, en relación con los componentes anatómicos" (Bogotá: *Diario Oficial* núm. 45.631, 5 de agosto de 2004), art. 17, par. 1.

⁴⁰ Colombia, Corte Constitucional, *Sentencia C-239 de 30 de mayo de 1997*, M. P. Carlos Gaviria Díaz.

legales y mentales, con total conocimiento de las implicaciones que acarrea el presente derecho podrá suscribir el documento de Voluntad Anticipada. En este, quien lo suscriba indicará sus decisiones, en el caso de estar atravesando una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que eviten prolongar una vida digna en el paciente y en el caso de muerte su disposición o no de donar órganos.⁴¹

Asimismo, en la Ley 1733 de 2014 se mencionan los requisitos de existencia y validez jurídica de las voluntades anticipadas:

[...] 1) deben provenir de una persona mayor de 18 años, competente, que puede encontrarse sana o aquejada de una enfermedad terminal o crónica; 2) debe estar precedida de información, la cual incluye los derechos que tienen las personas al final de la vida; 3) su objeto debe ser lícito, incluido el rechazo a tratamientos fútiles y a la donación de órganos, y 4) la exteriorización de la voluntad debe ser expresa y por escrito.

Lamentablemente, no se especifican en esta ley otros objetos lícitos de las voluntades anticipadas, las cuales hacen parte de los derechos de los pacientes, como: 1) la autorización para el acceso a datos clínicos de carácter personal; 2) la designación de un representante; 3) el deseo de morir en casa y en compañía de quienes se quiere estar rodeado al final; 4) si se desea o no asistencia religiosa o espiritual, o la donación de órganos con fines de investigación y docencia. Tampoco se contemplan otros medios para exteriorizar de manera inequívoca la voluntad, como videos, grabaciones u otros medios electrónicos. (Bolívar & Gómez, 2016, pág. 141).

La Sentencia T-940 de 2014 retoma la necesidad de reglamentar la muerte anticipada y ordena al Ministerio de Salud “que emita una directriz y disponga todo lo necesario para que los Hospitales, Clínicas, IPS, EPS y, en general, prestadores del servicio de salud, conformen el comité interdisciplinario”.⁴² Dichas entidades deberán estudiar las solicitudes de muerte anticipada, para verificar que se cumplan los criterios de

⁴¹ Colombia, Congreso de la República, *Ley 1733 de 2014*, “Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante 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: *Diario Oficial* núm. 49.268, 8 de septiembre de 2014), art. 5, num. 4.

⁴² Colombia, Corte Constitucional, *Sentencia T-940 de 15 de diciembre de 2014*, M. P. Luis Ernesto Vargas Silva.

seguridad jurídica para los profesionales de la salud que acojan tales solicitudes de pacientes en fase terminal y garanticen la oportunidad en la protección de sus derechos.

También indica que el “Ministerio deberá sugerir a los médicos un protocolo médico que será discutido por expertos de distintas disciplinas y que servirá como referente para los procedimientos tendientes a garantizar el derecho a morir dignamente”.⁴³

La fundamentación de proteger el derecho a una muerte digna se inspira en la convicción de que, condenar a una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones, equivale no sólo a un trato cruel e inhumano, prohibido por la Carta (CP art. 12), sino a una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral.⁴⁴

Acorde con la solicitud de la Corte, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 1216 de 2015. En esta se afirma que “el derecho fundamental a vivir en forma digna implica el derecho fundamental a morir con dignidad”⁴⁵ y tiene como objeto impartir las “directrices para la conformación y funcionamiento de los comités científico-disciplinarios para el derecho a morir con dignidad”,⁴⁶ los cuales actúan en los casos y bajo las condiciones establecidas en Sentencias C-239 de 1997 y T-970 de 2014. Fija como criterio de garantía para el derecho fundamental a morir con dignidad “la prevalencia de la autonomía del paciente, la celeridad, la oportunidad e imparcialidad”.

Conclusiones

Con la bioética, una ciencia que ha surgido para unir los avances de la biotecnología con el estudio de la ética y sus implicaciones, el acto de morir adquiere otra dimensión. El ser humano comienza a tener control sobre la vida y, en consecuencia, sobre la muerte: un poder esperanzador, pero extremadamente peligroso.

⁴³ Colombia, Corte Constitucional, *Sentencia T-940 de 15 de diciembre de 2014*.

⁴⁴ Colombia, Corte Constitucional, *Sentencia T-940 de 15 de diciembre de 2014*.

⁴⁵ Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, *Resolución 1216 de 2015*, “Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la Sentencia T-970 de 2014 de la honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad” (Bogotá: *Diario Oficial* núm. 49.489, 21 de abril de 2015), cons. 1.

⁴⁶ Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, *Resolución 1216 de 2015*, art. 1.

En los últimos años, las directivas anticipadas se han incorporado cada vez más a las sociedades latinoamericanas, como un instrumento que permite a los pacientes especificar cómo les gustaría recibir tratamiento, si ya no fueran competentes.

Las directivas anticipadas promueven la toma de decisiones por parte del paciente frente a los procedimientos y tratamientos que habrían de practicársele en caso de encontrarse en incapacidad de aceptarlos; no obstante, la decisión de poner fin al sufrimiento o padecimiento ocasionado por una enfermedad no le da la facultad de ordenar su muerte, pues la práctica de la eutanasia se encuentra proscrita en nuestro ordenamiento jurídico. El derecho a la vida es un derecho irrenunciable; de ahí que solo se admitan las prácticas médicas tendientes a fortalecer la muerte digna del paciente.

Referencias

- AARP. “¿En qué consisten las directivas anticipadas?”. <https://www.aarp.org/espanol/recursos-para-el-cuidado/herramienta-preguntas-respuestas/info2016/que-son-directivas-anticipadas.html> (acceso junio 13, 2019).
- Behar, Daniel. *Cuando la vida ya no es vida: ¿eutanasia?* Ciudad de México: Pax México, 2007.
- Bolívar Góez, Piedad Lucía y Ana Isabel Gómez Córdoba. “Voluntades anticipadas al final de la vida. Una aproximación desde la regulación colombiana y en el derecho comparado”. *Revista Latinoamericana de Bioética* 16, núm. 1 (enero-junio 2016): 128-153.
- Colombia, Congreso de la República. *Ley 1733 de 2014*, “Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante 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: *Diario Oficial* núm. 49.268, 8 de septiembre de 2014.
- Colombia, Congreso de la República. *Ley 23 de 1981*, “Por la cual se dictan normas en materia de ética médica”. Bogotá: *Diario Oficial* núm. 35.711, 27 de febrero de 1981.
- Colombia, Corte Constitucional, *Sentencia 425 de de 2010*, M. P. Humberto Sierra Porto.
- Colombia, Corte Constitucional. *Sentencia C-239 de 30 de mayo de 1997*. M. P. Carlos Gaviria Díaz.
- Colombia, Corte Constitucional. *Sentencia SU-337 de 12 de mayo de 1999*. M. P. Alejandro Martínez Caballero.
- Colombia, Corte Constitucional. *Sentencia T-1021 de 30 de octubre de 2003*. M. P. Jaime Córdoba Triviño.
- Colombia, Corte Constitucional. *Sentencia T-940 de 15 de diciembre de 2014*. M. P. Luis Ernesto Vargas Silva.

- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución 1216 de 2015*, “Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la Sentencia T-970 de 2014 de la honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad”. Bogotá: *Diario Oficial* núm. 49.489, 21 de abril de 2015.
- Colombia, Ministerio de Salud. *Resolución 13437 de 1991*, “Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes”. Bogotá, 1 de noviembre de 1991.
- Colombia, Presidencia de la República. *Decreto 2493 de 2004*, “Por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 9ª de 1979 y 73 de 1988, en relación con los componentes anatómicos”. Bogotá: *Diario Oficial* núm. 45.631, 5 de agosto de 2004.
- Dittborn Bellalta, Mariana. “Conocimientos y actitudes de profesionales de cuidados paliativos sobre voluntades anticipadas en Región Metropolitana, Chile”. *Revista Colombiana de Bioética* 13, núm. 2 (2018): 36-49.
- Gómez, Juandy. “La eutanasia ‘ayuda al paciente a vivir más tiempo’, según experto holandés”. *Diario de Salud*, Secc. Actualidad, 13 de junio de 2019. <https://www.diariodesalud.com.do/texto-diario/mostrar/1453396/eutanasia-ayuda-paciente-vivir-tiempo-segun-experto-holandes> (acceso junio 13, 2019).
- Guerra Vaquero, Ana Ylenia. “Voluntades anticipadas: optimización y gestión de su información en España y en la Unión Europea”. Tesis doctoral, Universidad Nacional de Educación a Distancia, 2016.
- Howard Zuluaga, Martín Aparicio. “Las declaraciones de voluntad anticipada y la autonomía de la persona”. *Revista de Derecho de la Universidad de Montevideo* 11, núm. 21 (2012): 173-197.
- Infobae. “Los médicos vuelven a iniciar el protocolo de fin de vida para Vicent Lambert, símbolo de la muerte digna en Francia”. <https://www.infobae.com/america/mundo/2019/07/02/los-medicos-vuelven-a-iniciar-el-protocolo-de-fin-de-vida-para-vincent-lambert-simbolo-de-la-muerte-digna-en-francia/> (acceso junio 13, 2019).
- Lamm, Eleonora. “Directivas médicas anticipadas”. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:OOtV3YqI0TkJ:www.salud.gov.ar/dels/printpdf/40+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=co> (acceso junio 13, 2019).
- León Correa, Francisco Javier. “Las voluntades anticipadas: análisis desde las experiencias en ética clínica”. *Revista Colombiana de Bioética* 3, núm. 2 (diciembre 2008): 83-101.
- Martínez Gómez, Jesús Armando. “La negativa al tratamiento y los actos de voluntad anticipada. Posibilidades para su regulación en el ordenamiento jurídico cubano”. *Bioética* (septiembre-diciembre 2011): 9-17.

- Montoya Lara, María José, Federico Isaza Piedrahita y Juan David Camacho Santoyo. *Derecho y discapacidad: el derecho a decidir*. Bogotá: Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla, Universidad de los Andes.
- Ramos, Pedro. “Calidad asistencial en el final de la vida en el paciente crítico. Consideraciones éticas”. http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/let_pedro_ramos.pdf (acceso junio 13, 2019).
- Serrano Ruiz-Calderón, José Miguel. “Alimentación: cuidado y tratamiento: una deriva irracional y una posible enmienda en la eutanasia por omisión”. *Anuario de Derechos Humanos. Nueva Época* 11, 519-542.
- Suprema Corte de Justicia Bonaerense. “Rechaza pedido de autorización de un curador para interrumpir la asistencia artificial que sostienen con vida a su cónyuge, en estado vegetativo”. Buenos Aires, 14 de febrero de 2005.
- Tobar Torres, Jenner Alonso. “Las directivas anticipadas, la planificación anticipada de la atención y los derechos a la dignidad y autonomía del paciente. Estado de la cuestión a nivel internacional y su posibilidad de ejercicio en el derecho colombiano”. *Revista Colombiana de Bioética* 7, núm. 1 (2015): 140-162.
- Ufei Hasegawa, Luiz Carlos, Marcelo Custódio Rubira, Solange Mendes Vieira, Ana Paula de Angelis Rubira, Tony Hiroshi, José Hiran y Rui Manuel Lopes Nunes. “Approaches and reflexions on advance healthcare directives in Brazil”. *Revista Brasileira de Enfermagem* 72, núm. 1 (2019): 256-264.
- Zappalá, Francesco. “Advance directives: declaraciones anticipadas de tratamiento médico o mal denominado testamento biológico”. *Criterio Jurídico* 8, núm. 1 (2008): 243-266.