



El derecho a intentarlo (*right to try*) y la dignidad humana en Colombia¹

The right to try and human dignity in Colombia

Jorge Iván Portilla Ruiz²

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0541-6190>

Google Scholar: <https://scholar.google.com/citations?hl=es&user=ly9pSH4AAAAJ>

Resumen

Este artículo reflexivo establece la relación existente, en Colombia, entre el *right to try* y la dignidad humana. Mediante la sentencia T-057 de 2015, la Corte Constitucional reconoció el *right to try* como derecho fundamental innominado y cuyo propósito se encamina a mejorar los padecimientos de pacientes con enfermedades terminales y/o catastróficas. Sin embargo, tal reconocimiento ha avivado el antiguo dilema bioético de la vida y la muerte, además de la posibilidad de vulnerar la propia dignidad humana, convirtiéndose en una puerta de entrada a la distanasia. El desarrollo del artículo tiene los siguientes apartados: un abordaje del Estado social de derecho y la

-
- 1 Este artículo presenta las reflexiones obtenidas en la formulación de la investigación realizada frente al *right to try* como ejercicio académico del curso Proyecto integrador IV –metodología de la investigación– del programa de Derecho de Unisabaneta.
 - 2 Estudiante de Derecho de la Corporación Universitaria de Sabaneta (Unisabaneta). Medellín, Colombia. Correo electrónico: jorge.portilla.689@unisabaneta.edu.co.

dignidad humana en el Estado colombiano; el derecho a intentarlo (*right to try*); un balance sobre las posturas teóricas al respecto; finalmente, las conclusiones.

Palabras clave: Derecho a intentarlo, dignidad humana, enfermedades terminales y catastróficas, Estado social de derecho.

Abstract

This reflective article establishes the relationship between the right to try and human dignity in Colombia. By Ruling T-057 of 2015, the Colombian Constitutional Court recognized the right to try as an unnamed fundamental right whose purpose is aimed at improving the suffering of patients with terminal and catastrophic diseases. However, such recognition has revived the old bioethical dilemma of life and death, in addition to the possibility of violating human dignity itself, as it is a gateway to dysthanasia. The development of the article is divided into the following sections: in the first one, an approach to the social State of law and human dignity in the colombian State; in a second section, the right to try is developed with a balance on the theoretical positions on the matter and, finally, the conclusions.

Keywords: Social state of law, right to try, human dignity, terminal and catastrophic diseases.

Introducción

Colombia es un Estado social y constitucional de derecho. Su Carta Política reconoce la dignidad humana desde una triple dimensión (principio, valor y derecho). De acuerdo con el Tribunal Constitucional, la dignidad humana puede ser entendida como el principio fundante del ordenamiento jurídico (dignidad como valor), también como principio constitucional y como derecho fundamental autónomo. Teniendo en cuenta el objeto de protección de dicho enunciado normativo, se le otorgan tres lineamientos jurisprudenciales:

(i) La dignidad humana entendida como autonomía o como posibilidad de diseñar un plan vital y determinar según sus características (vivir como quiera). (ii) La dignidad humana entendida como ciertas condiciones materiales concretas de existencia (vivir bien). Y (iii) la dignidad humana entendida como intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral (vivir sin humillaciones) (Corte Constitucional, sentencia T-881/02, 2002).

Asimismo, la vida es un derecho fundamental protegido por la Constitución Política de 1991 que, en su artículo once–superior, señala: “El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte”, lo cual ha generado grandes debates y disputas tanto en el ámbito político, como también en la esfera jurisprudencial y en la propia sociedad civil.

Justamente, las concepciones sobre la vida y la muerte han sido objeto de uno de los dilemas bioéticos más antiguos y debatidos en las diferentes sociedades, sin importar las formas de organización social o, en los últimos siglos, el modelo de Estado adoptado. A lo largo de la historia, diferentes aspectos han tenido una fuerte influencia en la forma como hemos concebido la vida y la muerte, principalmente la religión y la cultura; de allí, la fuerte discordia entre los defensores de la vida a costa de cualquier situación, mientras que otros defienden el derecho a morir al no poseer unas condiciones dignas de subsistencia.

Colombia no ha sido ajena a dicho debate hasta el punto de que muchos sectores se han opuesto a cualquier idea de terminar con la vida, aun cuando existan razones de peso para ello, como por ejemplo en aquellos casos en los cuales se manifiesta un inminente peligro para la vida del binomio madre–feto o en los casos de solicitud de la eutanasia por enfermedades catastróficas o terminales. En repetidas ocasiones, los fundamentos de defensa frente a la prohibición de terminar con la vida de manera voluntaria han sido de estirpe moral o

religioso, muy distante de las consideraciones bioéticas o científicas que se han establecido y demostrado hasta ahora.

A raíz de ello, la Corte Constitucional ha desarrollado jurisprudencia en cuanto al alcance y contenido de la noción de vida, al interpretarla y desarrollarla no solo como el mero hecho biológico sino como derecho fundamental: la vida digna. Sobre dicha materia, la jurisprudencia constitucional ha reiterado que el derecho a la vida no implica la simple posibilidad de existencia, sino que supone la existencia digna, la cual permite a las personas el despliegue de todas las facultades corporales y espirituales de una persona hasta el punto de que, en caso de existir circunstancias que impidan el normal desarrollo (pudiendo ser evitables), esas circunstancias estarían violentando el derecho a la vida. Por ello, no solo las acciones u omisiones que pongan en peligro de extinción a la persona atentan contra tal derecho, sino también todas aquellas circunstancias que incomoden la existencia del ser humano a tal punto de hacerla insoportable, como por ejemplo el dolor cuando no puede ser controlado, eliminado o evitado (Corte Constitucional, sentencia T-444/99, 1999).

Precisamente, al defender la concepción de la vida digna, uno de los desarrollos jurisprudenciales de la Corte Constitucional fue la incorporación del derecho a que sea intentado *–right to try–* al ordenamiento jurídico colombiano. Para la Corte, el *right to try* es un derecho inherente a la dignidad humana conforme al artículo 94 superior (Corte Constitucional, sentencia T-057/15, 2015). Y es que dicho artículo preceptúa:

La enunciación de los derechos y garantías contenidos en la Constitución y en los convenios internacionales vigentes, no debe entenderse como negación de otros que, siendo inherentes a la persona humana, no figuren expresamente en ellos (Constitución Política de Colombia, 1991, art. 94).

Con tal reconocimiento, se han avivado diversos dilemas bioéticos al contraponerse, en parte, con otros derechos como la eutanasia; por

un lado, se reconoce la defensa del *right to try*; por otro, se permite que pacientes con enfermedades terminales o catastróficas puedan terminar voluntariamente su vida con la ayuda de profesionales en medicina, mediante la aplicación de la eutanasia, bajo el cumplimiento de ciertos requisitos ya reglamentados por parte del ejecutivo.

Aunado a ello, se tiene el hecho de la existencia de concepciones que atacan el derecho a una muerte digna o, si se prefiere, finalizar con una vida en condiciones no dignas. Así, el derecho a intentarlo puede utilizarse como un medio para atentar contra la dignidad humana de una persona que sufre, mediante la participación de diferentes actores (familiares, religiosos, vecinos, políticos e incluso médicos y otros profesionales de la salud) quienes, únicamente por defender convicciones cimentadas en intereses personales, culturales, políticos, sociales o religiosos, no aceptan la posibilidad de finalizar la vida como un mecanismo orientado a evitar sufrimiento innecesario de los enfermos. Así las cosas, es claro que el *right to try* puede entrar en tensión con otros derechos fundamentales y especialmente con la dignidad humana, pudiendo convertirse en una puerta abierta para las prácticas distanásicas, como también en la creación de falsas expectativas como la curación, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades terminales y/o catastróficas. En virtud de todo lo anterior, se hace necesario dilucidar la forma cómo se materializa el *right to try*, a la luz del principio de la dignidad humana en Colombia.

Colombia como Estado social y constitucional de derecho

El Estado social y constitucional de derecho, Estado social y democrático de derecho o Estado social de derecho es una forma más elaborada y evolucionada del Estado de derecho, que se enfoca más en los individuos como centro de la sociedad, sin dejar de lado su ideología liberal tanto en lo económico como en lo político. Bajo esta evolucionada forma, “todas las actuaciones del Estado deben estar

orientadas a lograr su realización como persona, permitiéndole llevar una vida digna, libre y en paz, dentro de un orden democrático justo” (Badillo Lizarralde *et al.*, 2016, p. 15), por lo que se hace necesaria la subordinación de la ley a valores y principios superiores contenidos en la Constitución.

Asimismo, el Estado social de derecho se concibe como un modelo constitucional que pretende desligarse de la obediencia al gobernante en los sistemas absolutistas, remplazándolo por un Estado relativamente libre, en el cual se busca otorgar a los ciudadanos derechos sociales fundamentales como la igualdad, equidad, participación y justicia social (Bermúdez Bueno & Morales Manzur, 2012, p. 52). En ese orden de ideas, el Estado social de derecho puede ser concebido como una forma de organización político-jurídica en la que deben respetarse los derechos humanos y garantizar los principios de dignidad humana y solidaridad, entre otros (Badillo Lizarralde *et al.*, 2016, p. 16).

En Colombia, el reconocimiento de tal forma de organización jurídico-política no se dio sino hasta la Constitución de 1991, buscándose con ello la creación de nuevas relaciones basadas en principios y valores como la vida, el interés general sobre el particular, la solidaridad, la dignidad humana, entre otros. El Constituyente de 1991, en el artículo 1°, dispuso:

Colombia es un Estado social de derecho organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general (Constitución Política de Colombia, 1991, art. 1).

Por su parte, la Corte Constitucional, mediante sentencia C-449/92 (1992, Alejandro Martínez Caballero, M. P.) precisó:

[...] el concepto Estado social de derecho no es una cualidad accesorio del Estado sino parte de su esencia misma. La concepción

clásica del Estado de derecho no desaparece pues, sino que viene a armonizarse con la condición social del mismo, al encontrar en la dignidad de la persona el punto de fusión. [...] El respeto por los derechos humanos, de un lado, y el acatamiento de unos principios rectores de la actuación estatal, por otro lado, constituyen las consecuencias prácticas de la filosofía del Estado social de derecho.

Además, el Estado social de derecho en Colombia implica una finalidad prestacional:

[...] tiene como uno de sus objetivos combatir las penurias económicas o sociales y las desventajas de diversos sectores, grupos o personas de la población, prestándoles asistencia y protección. Exige esforzarse en la construcción de las condiciones indispensables para asegurar a todos los habitantes del país una vida digna dentro de las posibilidades económicas que estén a su alcance. El fin de potenciar las capacidades de la persona requiere de las autoridades actuar efectivamente para mantener o mejorar el nivel de vida, el cual incluye la alimentación, la vivienda, la seguridad social y los escasos medios dinerarios para desenvolverse en sociedad (Corte Constitucional, sentencia T-426/92, 1992).

En la misma vía jurisprudencial, mediante sentencia SU-747/98 (Corte Constitucional, 1998) se unificó:

Con el término social se señala que la acción del Estado debe dirigirse a garantizar a los asociados condiciones de vida dignas. Es decir, con este concepto se resalta que la voluntad del constituyente en torno al Estado no se reduce a exigir de este que no interfiera o recorte la libertad de las personas, sino que también exige que el mismo se ponga en movimiento para contrarrestar las desigualdades sociales existentes y para fortalecerlea todas las oportunidades necesarias para desarrollar sus aptitudes y para superar los apremios materiales.

También, son fines esenciales del Estado colombiano, entre otros, "... garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución (...) y asegurar la convivencia pacífi-

ca y la vigencia de un orden justo” (Constitución Política de Colombia, 1991, art. 2).

La dignidad humana en el Estado social de derecho colombiano

La dignidad humana es una noción muy antigua, con análisis y opiniones variadas que datan desde la Grecia antigua y a la cual se le atribuyen diferentes significados y relaciones que han mutado con el paso del tiempo. En la Antigüedad se reconocía a la dignidad como un vínculo entre el hombre y Dios, luego pasó a ser concebida como lo inherente al hombre (en el Renacimiento), hasta llegar al siglo XVI-II cuando fue objeto de pronunciamiento por parte de diferentes filósofos como Kant quien consideraba que “lo digno es aquello que no tiene precio” (Olivares Carrillo, 2018, p. 22) y cuyo fundamento es la autonomía moral del hombre. Para Marx, la dignidad humana dependía de la distribución de los bienes y por tanto la dignidad podía restaurarse mediante una estructura económica en la cual exista una distribución equitativa de las riquezas (Olivares Carrillo, 2018, pp. 19–25).

En la modernidad, la concepción de dignidad humana deriva de la propia naturaleza humana y se desliga dicho concepto del origen divino o sobrenatural que tradicionalmente se le había inculcado en épocas anteriores. Fue así como el Derecho adquirió una noción de dignidad humana al contemplar al hombre como un fin en sí mismo y no como un medio o instrumento. Esta sería la noción plasmada en el Derecho internacional en el siglo XX, cuando inició el desarrollo de los derechos humanos tras la culminación de la Segunda Guerra Mundial; tal desarrollo inició con la Carta de las Naciones Unidas (1945) y la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) que, junto a otros instrumentos, establecieron el principio de dignidad humana como fundamento último de los derechos humanos, indicando que el Estado, la sociedad y los particulares debían respetar y reconocer a los demás como personas. Por ello, la dignidad humana se

convirtió en un mandato ético–jurídico relacionado con la libertad, la igualdad y la seguridad jurídica (Olivares Carrillo, 2018, p. 26).

Desde esa perspectiva, el hombre en sí mismo está facultado de dignidad, independiente de su edad, sexo, creencias religiosas, raza, cultura o cualquier otro factor de distinción, lo que significa que, sin importar su condición, el hombre siempre es digno pues:

[...] decide autónomamente qué ser según sus aspiraciones y proyectos personales, sobre todo aquellos que padecen limitantes económicas o condiciones de vida reducida, es deber reconocerle la posibilidad de ser otra cosa que lo que es, es decir, que pueda superarse en el aspecto ocupacional o profesional, que pueda ganar oportunidades y ser reconocido socialmente por sus capacidades y habilidades, y que pueda mejorar sus condiciones de vida para que cuente con una existencia sin apremios (Olivares Carrillo, 2018, p. 28).

La dignidad humana abarca diversos derechos como la vida, la libertad, la autonomía, la educación, la cultura, el trabajo, la vivienda, la familia, la alimentación adecuada, entre muchos otros, por lo que la exigencia de dignidad humana es la propia exigencia de la calidad de vida en la cual se brinda a los individuos la posibilidad de vivir con libertad y autonomía (Olivares Carrillo, 2018, pp. 28–29). Particularmente, Hottois (2009) expone:

El individuo debe ser libre (es la autonomía) de estimar que en ciertas circunstancias (es la calidad de vida) su vida, a su manera de ver, ya no puede ser vivida con suficiente dignidad (autoestima) y a la manera de ver de los otros (tal y como percibe la mirada de los otros). Su última dignidad, por lo tanto, consiste en escoger abandonar la vida percibida como insoportable. Quienes no reconocen esta libertad y esta dignidad confunden, en realidad, dignidad y sacralidad de la vida. Aquí encontramos una de las antinomias constitutivas de la noción de dignidad: la dignidad como realidad y valor psicosociales y la dignidad onto–teológica asociada al carácter sagrado, intangible de la vida humana, que se debe

preservar, incluso, cuando se reduce a una supervivencia simplemente biológica (pp. 58–59).

De esa manera, para Hottois, la dignidad humana incluye la posibilidad de vivir en condiciones dignas y, cuando no se tiene una vida digna, la dignidad misma implica en el derecho de finalizar con una vida insoportable. Por tanto, el no reconocimiento de esa posibilidad se convierte en el error de confundir la dignidad con la sacralidad de la vida, derivando en una concepción contradictoria de lo que es la dignidad: la dignidad como valor y realidad en contraposición con la dignidad onto-teológica.

Entonces, desde la perspectiva ontológica se concibe a la dignidad como “el carácter de un primer principio y supone la fuente de derechos” (Mairis, 1994, como se citó en Rivas García, 2017, p. 9), por lo que esta concepción se constituye en la base de los derechos humanos, sin poder medirse, destruirse ni contextualizarse. Ahora, desde una perspectiva moral se puede definir a la dignidad como la consecuencia del reconocimiento de la noción ontológica de dignidad, de acuerdo con Aparisi (2013, como se citó en Rivas García, 2017, p. 9), citado por el mismo autor. Contrariamente, Leget (2013, como se citó en Rivas García, 2017), define que “la dignidad moral puede variar según los actos de las personas, la percepción del resto de las personas y cómo estas ejercen su trato en situación terminal” (p. 9).

En la misma vía, se puede afirmar que la dignidad humana es el derecho que cada individuo tiene a ser reconocido como persona, a ser respetada y apreciada como un ser individual y social, sin distinción por condición de raza, sexo, nacionalidad, cultura, clase social, ni ningún otro factor distintivo. El derecho a la dignidad es inherente a las personas solo por el hecho de su existencia. Esa dignidad incluye unos mínimos que permitan el desarrollo y vida de las personas (libertad, autonomía, educación, salud, alimentación, etc.), lo que se traduce en los mínimos necesarios para tener una vida en condiciones dignas. Empero, ello no significa que, en función del principio de

igualdad, todos requerimos en el mismo grado esos mínimos, pues dependen de cada individuo y de su condición de ser como perteneciente a determinadas sociedades; por ejemplo, una casa grande y revocada puede ser digna para determinadas personas, pero una pequeña chabola dentro de un resguardo indígena también puede ser concebida como digna para quien la alberga, lo cual devela la existencia de un grado de subjetividad en las necesidades individuales para definir una vida como digna.

En cuanto a la calidad de vida, en relación con la dignidad humana y vida digna, esta no es simplemente un hecho relacionado con recursos económicos. La calidad de vida implica aspectos vinculados a la individualidad y ámbito personal, así como a asuntos naturales, sentimientos y asuntos culturales que determinan el sentido que las personas le otorgan a la vida; es decir, el valor y significado que los seres humanos atribuyen al concepto de calidad de vida, y que, por ende, buscan alcanzar la felicidad (Olivares Carrillo, 2018, p. 30).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, como se citó en Rivas García, 2017, pp. 5–6), define la calidad de vida en los siguientes términos:

La percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

En esa vía, la calidad de vida se traduce en aquellas particularidades que hacen única y plena la vida de las personas, asociándolas al ejercicio pleno de sus derechos y a la igualdad de oportunidades que debe garantizarles un Estado o, por lo menos, el respeto de las condiciones que algunos consideren necesarias para ser felices, así no sean el ideal de la mayoría (ejemplo, permitir que las comunidades

indígenas permanezcan en sus territorios y se les respete su cultura) y, al igual que con la vida digna, existe un componente subjetivo en cuanto a la percepción que cada persona pueda definir como calidad de vida.

El derecho a que sea intentado (derecho a intentarlo o *right to try*)

La legislación en torno al *right to try* se remonta al año 2014 cuando el Estado de Colorado, en Estados Unidos reconoció dicho derecho como una oportunidad para que los pacientes con enfermedades terminales accedieran a tratamientos experimentales para las patologías que padecían, lo cual se hizo expansivo a otros estados como Arizona, Louisiana, Missouri y Michigan, hasta que en mayo de 2018 se sancionó la ley *Right to try act* por parte del entonces presidente norteamericano Donald Trump que daría paso al reconocimiento de la misma en treinta y ocho de los estados del país norteamericano (BBC, 2018); a la fecha suman ya cuarenta y un estados con legislación *right to try* (Righttotry, s.f.).

Por su parte, en Colombia el derecho a que sea intentado tuvo reconocimiento como derecho fundamental innominado por parte de la Corte Constitucional mediante Sentencia T-057 de 2015, a raíz del análisis del caso de una paciente en estado vegetativo persistente, a quien su médico neurocirujano tratante le realizó una prescripción de un tratamiento experimental consistente en estimulación espinal epidural cervical, bajo el argumento de que era la única opción para mejorar la calidad de vida. Al respecto se indicó:

[...] si bien el derecho fundamental “a que sea intentado” o “*right to try*” (sic), guarda en sus orígenes una relación con el suministro de tratamientos, procedimientos y medicamentos experimentales para enfermos terminales, dado que se trata de un derecho inherente a la dignidad humana (art. 94 Superior), su ámbito de aplicación se extiende, *mutatis mutandis*, para el caso de los pacientes en estado vegetativo persistente (*persistent vegetative state* PVS –sic)

o de conciencia mínimo (*minimally conscious state*, MCS) (Corte Constitucional, sentencia T-057/15, 2015).

En el caso concreto, el tribunal constitucional consideró que si bien la Ley Estatutaria en Salud (ley 1751 de 2015) excluyó los tratamientos experimentales del plan de beneficios en salud (PBS), tal exclusión no podía desconocer el derecho de la integralidad de las prestaciones en salud a que tienen derecho los pacientes, quienes buscan satisfacer plenamente su salud (Corte Constitucional, sentencia T-057/15, 2015). Además, la alta corporación precisó las siguientes reglas para poder acceder al reconocimiento del *right to try* en tratamientos experimentales:

1. Que no se puedan inaplicar las exclusiones legales o reglamentarias que impiden autorizar el tratamiento experimental.
2. Que se haya determinado la condición de enfermedad catastrófica o terminal y que esta atente contra las condiciones de vida digna del paciente e impida su desarrollo autónomo en la sociedad.
3. Obtener el consentimiento pleno e informado por parte del paciente, o sus representantes legales cuando no fuera necesario, sobre del tratamiento experimental.
4. Que se compruebe que el tratamiento experimental fue prescrito por el médico tratante, independiente de su adscripción a la EPS o de su pertenencia a una entidad de salud en el exterior.
5. Existencia de un fundamento científico mínimo que demuestre que el tratamiento experimental, aunque no haya sido aprobado por el sistema de salud, cuenta con un grado mínimo de certidumbre sobre sus efectos (Duque Giraldo, 2018, pp. 149–159).

En síntesis, el *right to try* no está consagrado expresamente en nuestra Constitución, pero fue reconocido con el carácter de fundamental, consistiendo en el derecho que tienen los individuos de acceder a tratamientos experimentales (medicamentos, procedimientos y tecnología biomédica), aunque éstos hayan sido excluidos del plan

de beneficios de salud definido mediante ley estatutaria 1751 de 2015, pues con tal reconocimiento se están protegiendo los derechos fundamentales a la salud y a la vida digna (Corte Constitucional, sentencia T-057/15, 2015).

Las enfermedades terminales y catastróficas

De acuerdo con la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, podemos definir las enfermedades terminales como aquéllas en las cuales concurren varios elementos necesarios no solo para su caracterización y definición, sino para definir sus opciones de tratamiento no curativo. En ese orden de ideas, los elementos que concurren son: primero, la existencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable; segundo, la ausencia de posibilidades de respuestas razonables a los probables tratamientos específicos para la enfermedad; tercero, la presencia de múltiples síntomas o problemas que son intensos, multicausales y cambiantes; cuarto, gran impacto emocional en el paciente, su familia y el equipo terapéutico, muy relacionado con la muerte; y, quinto, pobre pronóstico de vida (pronóstico muy limitado). Ejemplos de estas enfermedades son el cáncer o el SIDA (Sociedad Española de Cuidados Paliativos [SECPAL], s. f.).

En el mismo sentido, Cohen (1982, como se citó en Rivas García, 2017) define la enfermedad terminal como “aquella patología incurable, con expectativa de vida no superior a seis meses, y en la que no existe posibilidad de curación habiéndose tratado con todos los recursos terapéuticos existentes” (p. 5) y, conforme a la definición de la SECPAL, hablar de enfermedad terminal implica inequívocamente hablar de calidad de vida y de muerte. Frente a las enfermedades terminales, la OMS ha establecido diferentes derechos de los pacientes que las padecen, incluyendo el derecho a mantener una esperanza (cualquiera que sea), derecho a manifestar las emociones y sentimientos en lo concerniente a la proximidad de la muerte, derecho a recibir asistencia médica, incluso si los objetivos de curación cambian a

objetivos de confort, derecho a no padecer dolor y el derecho a morir en paz y con dignidad, entre otros (Rivas García, 2017, p. 6).

En cuanto a las enfermedades catastróficas, también denominadas enfermedades de alto costo, la Organización Panamericana de la Salud – OPS las define como aquellas patologías que, sin ser necesariamente terminales, se caracterizan por los siguientes aspectos:

- Tienen bajo impacto sobre la carga de enfermedad; no son una prioridad epidemiológica dado que su incidencia es baja
- Tienen muy alto costo; sus tratamientos implican altos costos económicos
- Generan severos daños a la salud de quien las padece
- La mayor parte de los gastos son destinados a medicamentos
- La financiación por parte de los pacientes y su grupo familiar es insustentable
- Su cobertura se define por vía judicial (Tobar, 2010, pp. 60–62)

En Colombia, las enfermedades ruinosas, catastróficas o de alto costo se definen en el artículo 16 del Manual de Actividades y Procedimientos e Intervenciones del Plan de Obligatorio de Salud (anterior MAPIPOS), como aquellas patologías “que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y baja costo–efectividad en su tratamiento” (Ministerio de Salud – MinSalud, resolución 5261 de 1994). En ese mismo sentido, el artículo 117 de dicha norma estableció cuáles son esas condiciones que reciben tal denominación y que incluye, entre otras, el cáncer, la enfermedad renal crónica y VIH/SIDA.

En esa medida, la denominación como catastrófica o ruinoso en el ordenamiento jurídico colombiano implica los altos costos en que derivan el tratamiento de tales enfermedades y no necesariamente la condición de enfermedad terminal; de hecho, se puede concebir más como enfermedades de tipo crónico, que implican un gran impacto económico.

Balance de posturas teóricas frente al *right to try*

Al realizar una revisión de la literatura, se puede observar que existen tres vertientes frente el derecho a que sea intentado (*right to try*); la primera de ellas, con poco desarrollo teórico–académico, se basa exclusivamente en realizar una descripción sobre los antecedentes histórico–jurídicos, significado, origen jurisprudencial, características o los motivos que condujeron al reconocimiento de dicho derecho como un derecho fundamental innominado por parte del tribunal constitucional. Hacen parte de esta vertiente autores como Caicedo Sánchez (2015), Cruz Bernal, Lozano Alvarado & Riveros Mora (2018) y Duque Giraldo (2018). En el ámbito internacional podemos ubicar dentro de esta línea autores como Chapman, Eckman & Bateman–House (2020) y Mahant (2020).

Precisamente, en el ordenamiento jurídico colombiano existe una categoría de derechos denominados como innominados; éstos, pese a no estar expresamente enunciados en el texto Constitucional, gozan de reconocimiento como derechos fundamentales por ser inalienables e inherentes a la persona y que están relacionados con otros derechos fundamentales que si se encuentran expresamente consagrados dentro de la Constitución (Caicedo Sánchez, 2015, pp. 5–6; Cruz Bernal, Lozano Alvarado, & Riveros Mora, 2018, pp. 38–40).

Como se ha señalado con anterioridad, el precedente del *right to try* se remonta al año 2014 cuando el gobernador de turno de Colorado (Estados Unidos) sancionó una ley relacionada con el acceso a procedimientos experimentales para enfermos terminales que no estaban aprobados por la FDA cuyo propósito era permitir el acceso a los mismos, sin tener que esperar los largos procesos de estudios clínicos que buscan evaluar seguridad y eficacia de los nuevos tratamientos. Para los defensores de las legislaciones sobre *right to try*, con este tipo de leyes se busca superar la burocracia estatal que impide que los pacientes con enfermedades terminales accedan a tratamientos que

puedan mejorar sus patologías (Caicedo Sánchez, 2015, pp. 30–46; Chapman, Eckman, & Bateman–House, 2020, pp. 2–4; Cruz Bernal, Lozano Alvarado, & Riveros Mora, 2018, pp. 27–43; Mahant, 2020, pp. 1–2).

Para ello, se debía cumplir con criterios de inclusión los cuales se resumen en: a) padecer una enfermedad terminal diagnosticada por un médico, b) el procedimiento, dispositivo o fármaco es la mejor opción frente a otras opciones aprobadas por la FDA y c) otorgar el consentimiento informado por escrito, ya fuera personalmente o por medio de representante legal (padres o tutor legal) (Caicedo Sánchez, 2015, pp. 36–37; Chapman, Eckman, & Bateman–House, 2020, pp. 1–2; Duque Giraldo, 2018, 147–159).

El caso de Colorado tuvo injerencia en otros estados que se fueron sumando al punto de convertirse en una ley federal sancionada en el año 2018 por Donal Trump con treinta y ocho estados que se sumaron a dicha iniciativa; a la fecha ya son cuarenta y un estados americanos legislación en materia de *right to try* (Caicedo Sánchez, 2015, pp. 36–43; Cruz Bernal, Lozano Alvarado, & Riveros Mora, 2018, pp. 27–28), convirtiéndose en una alternativa a la existente estrategia del *Expanded Access* (EA) a cargo de la propia FDA y la cual busca ofrecer tratamientos compasivos a pacientes con enfermedades terminales bajo estándares de equilibrio entre la seguridad del paciente y la efectividad del tratamiento (Chapman, Eckman, & Bateman–House, 2020, pp. 2,6; Mahant, 2020, pp. 2–5).

Empero, se dejaba en claro que ni la aseguradora del paciente ni la industria farmacéutica o biomédica deberían asumir responsabilidad, frente a posibles síntomas o cuadros clínicos adversos derivados del uso de dichos tratamientos experimentales, exculpándolos incluso de responsabilidad legal y, finalmente, el paciente debía costear todos los gastos de dicho tratamiento experimental, salvo que se hubiese suscrito contrato con la industria farmacéutica o biomédica estipulando lo contrario (Caicedo Sánchez, 2015, p. 37).

La segunda línea o vertiente está orientada a la defensa del *right to try* y no tiene un amplio desarrollo en el campo científico. En su mayoría, de publicaciones algo informales de sitios web o el mismo establecimiento de disposiciones normativas (leyes), como es el caso de la Ley *Right to try act*, sancionada, como ya se expresó, en el 2018 por el entonces presidente de los Estados Unidos. En esta línea tenemos sitios como *Righttostry* encaminado a promover dicho derecho y configurándose en todo un movimiento (*Right to Try Movement*) y además diversas posturas jurisprudenciales y legislativas. El presidente Donald Trump defendió la sanción de la Ley *Right to try act* argumentando que la sociedad estadounidense es luchadora y nunca se rinde (BBC, 2018), estableciéndose la ley en los diversos Estados y que posteriormente se extendió a otras naciones, incluyendo a Colombia. Ciertamente, la Corte Constitucional hace parte de esta vertiente pues mediante la sentencia T-057 de 2015 se dio reconocimiento al derecho a que sea intentado como un derecho inherente a la persona humana, en íntima relación con la dignidad humana, considerando entonces que el *right to try* debe extenderse a los pacientes en estado vegetativo, por ser inherente a la dignidad humana.

De esa forma, los defensores del *right to try* abogan por las bondades que este derecho tiene para los pacientes con enfermedades terminales, como la posibilidad de prolongar la vida, el otorgamiento de más oportunidades para los pacientes diferentes a la estrategia *Expanded Acces* de la FDA y que, aunque finalmente se muestre la ineffectividad de dichos tratamientos experimentales, queda el beneficio de haberlo intentado (Brown, Ortiz, & Dubé, 2018, p. 1493), o el acceso más rápido a tratamientos experimentales (Carrieri, Peccatori, & Boniolo, 2018, p. 66). Igualmente afirman que, si se otorga un derecho a morir, también debe otorgarse el derecho a intentarlo (Cohen-Kurzrock, Cohen, & Kurzrock, 2016, p. 1-2).

En tercer lugar, está la postura más desarrollada de quienes no solo realizan una caracterización del *right to try*, sino que además

exponen las posibles consecuencias negativas que pueden acarrear las distintas legislaciones que hasta ahora han reconocido al *right to try*. Tales aspectos negativos abarcan las falsas expectativas creadas en los pacientes y familiares frente al proceso salud–enfermedad, falsa mejoría (o mejoría transitoria) y la falsa ilusión de curación u obtención de calidad de vida, la exposición a actos médicos inseguros y eventos adversos aún no conocidos, y los riesgos de complicaciones o muerte tras el uso de los tratamientos experimentales, sin dejar de lado el proceso exculpatorio frente a la industria farmacéutica y biomédica ante los posibles desenlaces adversos derivados de dichos tratamientos experimentales. Esto se sustenta bajo las siguientes circunstancias:

- Primero, la comprensión limitada por parte del paciente frente a los tratamientos experimentales a los cuales va a exponerse. Y, es que, si bien se otorga un consentimiento informado, tradicionalmente este es un documento confuso, con gran terminología técnica (médica) no comprensible para el paciente o sus familiares, con tratamientos poco conocidos y cuya comprensión es muy limitada frente a ventajas y desventajas y que, habitualmente, el paciente accede a ellos por verse inmerso en una carrera contra el tiempo frente al rápido proceso de deterioro y la inminente presencia de la muerte, lo cual conlleva a que por el temor a morir accedan a firmar el consentimiento informado (Brown, Ortiz & Dubé, 2018, pp. 1492–1493; Blair Holbein *et al.*, 2015, p. 531; Bateman-House *et al.*, 2015, pp. 795–796).
- Segundo, la sanción y promulgación de las legislaciones en materia del *right to try* ha deteriorado la confianza que, hasta ahora, se había tenido frente a las instituciones que tradicionalmente se han encargado de realizar procesos de verificación y estudios de efectividad y seguridad frente a los diversos tratamientos a los cuales accede la población, como es la FDA en el caso norteamericano o la EMA en Europa, al asimilarlas como instituciones burocráticas que imponen barreras o se demoran en trámites para aprobar dispositi-

vos o medicamentos para las diversas enfermedades, desconociendo que este es un proceso que toma tiempo para testear y detectar los posibles riesgos y falencias frente a la eficacia y efectividad de los mismos (Brown, Ortiz, & Dubé, 2018, p. 1492).

- Tercero, se tienen consecuencias financieras desventajosas pues este tipo de normatividad, al menos en los Estados Unidos, determina que la industria no asuma costos derivados de los tratamientos experimentales ni otorgue beneficios de manejos en casa o en hospicios, trasladando los costos al propio paciente (Brown, Ortiz, & Dubé, 2018, p. 1492; Caicedo Sánchez, 2015, p.37; Tsakopoulos *et al.*, 2015, pp. 636–637). En el caso colombiano, el sistema de salud es el que debe acarrear con los gastos, con el consecuente desfinanciamiento de un sistema ya precarizado y con perversas trabas administrativas para los pacientes y familias quienes en muchos casos deben, incluso, costear tratamientos y estudios que están dentro del plan de beneficios de salud.
- Cuarto, la disminución en la responsabilidad para la industria y los propios médicos hacia los potenciales peligros, que un tratamiento experimental puede ocasionar a pacientes que se someten a ellos e, igualmente, la existencia de una información cada vez menos clara y completa al cesar el reporte de sintomatología adversa derivada de aquéllos, con lo cual habría más inseguridad, sin olvidar el conflicto de intereses que se puede derivar frente a estas prácticas (Brown, Ortiz, & Dubé, 2018, p. 1492; Chapman, Eckman, & Bateman–House, 2020, p. 9).
- Quinto, inseguridad para los pacientes pues son tratamientos experimentales que todavía no han demostrado seguridad y eficacia, con la consecuente presentación de eventos adversos y complicaciones para los pacientes que acceden a dichos tratamientos o que pueden tener interacción farmacológica con otros tratamientos que reciban, llevando a la mayor toxicidad (Brown, Ortiz, & Dubé, 2018, p. 1492; Tsakopoulos *et al.*, 2015, pp. 636–637; Carrieri, Picatori, & Boniolo, 2018, p. 67). En ese sentido, se puede estar frente

- a grupos vulnerables (enfermos) expuestos a tratamientos potencialmente peligrosos, cuya eficacia, seguridad y eventos adversos son desconocidos (Blair Holbein *et al.*, 2015, p. 531).
- Sexto, con el *right to try* los pacientes pueden acceder a tratamientos experimentales con unas falsas esperanzas de curación, mejoría de la calidad de vida o prolongación de la vida y en muchos casos ello corresponde a falsas expectativas otorgadas a los pacientes, con las implicaciones para la salud que se derivan de la toxicidad y demás eventos adversos que pueden acarrear (Bateman–House *et al.*, 2015, p. 796), e incluso las legislaciones en torno al *right to try* pueden ser inequitativas al permitir que puedan acceder a estos tratamientos experimentales solo las personas con enfermedades terminales y no personas con enfermedades incapacitantes o que deterioran rápidamente a quienes las padecen sin que puedan ser catalogadas como enfermedades terminales (Yang, Chen , & Benet, 2015, p. 2598; Carrieri, Peccatori, & Boniolo, 2018, p. 67).
 - Finalmente, el *right to try* puede atentar contra la dignidad del enfermo terminal al eventualmente convertirse en una puerta abierta a la distanasia, ensañamiento, encarnizamiento u obstinación terapéutica que consiste en el uso de medidas no indicadas, extraordinarias o desproporcionadas para prolongar la vida así sea de manera artificial con el objetivo de evitar la muerte, pese a la no existencia de posibilidades de curación (Zurriarán, 2017, p. 94). Y pese a ser un término realtivamente desconocido, la distanasia comúnmente es practicada en el ámbito de la salud y es un dilema bioético pues emerge una falsa prolongación de la vida contrastado con una verdadera prolongación del proceso de muerte, conllevando a padecimientos innecesarios y angustiosos para los propios pacientes con lo cual, finalmente, se afecta no solo la calidad de vida sino la dignidad humana de los enfermos. Precisamente, Pessini (como se citó en Valbuena, 2008) define la distanasia como “acción, intervención o procedimiento médico que no corresponde al objetivo de beneficiar a la persona cuando está en fase terminal,

y que prolonga, en forma inútil y con sufrimiento, el proceso de morir, promoviendo la postergación de la muerte” (p. 147).

Así las cosas, queda claro que la distanasia se ve favorecida por la capacidad de la medicina para diferir el proceso de la muerte, gracias al creciente avance de la biotecnología y el conocimiento médico-científico que ha culminado con la idea de que los médicos deben luchar a toda costa contra la muerte, lo cual empeora con la aceptación de la cultura médica y la propia sociedad, traduciéndose en la generación de expectativas de mejoría que, conjuntamente, con los resultados de muchos de los medicamentos y procedimientos descubiertos y utilizados en este tipo de enfermedades, favorecen las prácticas distanálicas y donde factores tecnológicos, biomédicos e incluso jurídicos tienen un rol central en este dilema, incluyendo la normatividad en torno al *right to try* (Valbuena, 2008, pp. 148–156).

Conclusiones

El derecho a que sea intentado tiene un reconocimiento legal y jurisprudencial relativamente reciente. Su origen se remonta a los Estados Unidos de América desde el año 2014, extendido paulatinamente hasta la sanción de la *Ley Right to try act* en el año 2018 por parte del entonces presidente Donald Trump; a la fecha ya cuarenta y un estados de la Unión han legislado en torno al *right to try*. Igualmente, dicho precedente ha cobrado importancia y reconocimiento en otros países, incluyendo Colombia donde tal derecho tiene un origen jurisprudencial mediante sentencia T-057 de 2015, reconocido como un derecho fundamental innominado que consiste en la oportunidad que tienen los pacientes con enfermedades terminales y/o catastróficas de acceder a tratamientos experimentales que fueron excluidos del plan de beneficios de salud, con la intención de mejorar su calidad de vida, que está en íntima relación con la dignidad humana pero que, al igual que en las demás naciones, tiene detractores quienes argumentan la posibilidad de obtener mayores desventajas que los

potenciales beneficios, lo que puede conducir a violentar la propia dignidad humana.

En la literatura podemos ubicarnos en tres vertientes: la primera, concerniente a autores que realizan una mera descripción del *right to try* y aspectos relacionados como sus antecedentes jurídicos o legislativos, sus características y conceptualización; la segunda, conformada por quienes han defendido el *right to try* como una opción de mejorar su calidad de vida al acceder a tratamientos experimentales; la tercera, con mayor desarrollo teórico-académico, reúne gran variedad de autores que muestran las consecuencias negativas de este tipo de normatividad y que incluye entre otros, la inseguridad de los pacientes (al exponerse a tratamientos cuyos efectos no son conocidos, con el potencial daño por toxicidad), los costos que deben asumir los propios pacientes o sus familias (en Colombia, incluso por el propio sistema de salud), la disminución de responsabilidad civil por parte de la industria biotecnológica y farmacéutica y los profesionales de la salud, la desigualdad (cualquier persona no puede acceder a ellos), la posible ineficacia de los tratamientos (son experimentales y podrían no lograr la respuesta esperada e incluso empeorar las condiciones de los pacientes), la no conciencia plena frente a los tratamientos a los cuales se expondrán (consentimiento informado inadecuado) y las falsas expectativas frente al proceso de salud-enfermedad, con la idea de mejorar calidad de vida, prolongar la vida (lograr mayor sobrevida) e incluso falsas esperanzas de curación y, por el contrario, ello podría conllevar al empeoramiento del estado de los pacientes terminales o con enfermedades catastróficas, atentando incluso contra integridad, la calidad de vida y la dignidad, favoreciendo en muchos casos las prácticas distanásicas únicamente por convicciones arraigadas que conducen a la no aceptación de finalizar la muerte como una manera de aliviar el sufrimiento de los pacientes.

Sumado a lo anterior, también se tiende al detrimento de la ciencia médica y las buenas prácticas clínicas que, hasta ahora se han

realizado y que ha sido el interés de las ciencias de la salud, pues los pacientes con enfermedades terminales y/o catastróficas serían sometidos a tratamientos experimentales hasta el punto de cosificarlos y verlos únicamente como un simple objeto de estudio, desconociendo precisamente que la dignidad humana también implica no sufrir innecesariamente.

Nuestro país, pese a ser un Estado laico, se ha caracterizado por el conservadurismo y las arraigadas creencias religiosas de que la muerte debe darse de manera natural, aunque ello implique sufrimiento insoportable; el buscar opciones para finalizar con ese sufrimiento es calificado como pecado y socialmente reprochado, olvidando que un verdadero Estado social y democrático de derecho debe velar por los derechos y libertades individuales, apartándose de las creencias religiosas. En ese sentido, nadie debería impedir que una persona determine si continuar o finalizar con un sufrimiento insoportable e innecesario, mucho menos debería decidir qué camino tomar. El Estado debe garantizar la decisión libre y voluntaria de los enfermos, aún cuando no sea lo religiosamente aceptado, evitando prácticas distanásicas que el *right to try* puede fomentar y, contrariamente, cada paciente debe ser autónomo al elegir si continuar con el sufrimiento a toda costa o finalizarlo.

Finalmente, en Colombia no existen, hasta ahora, publicaciones que realicen por lo menos un planteamiento teórico sobre la posible pugna frente al *right to try* y dignidad humana, siendo imperativo iniciar con debates y publicaciones en torno a esta relación que puede entrar en pugna si desconocemos las libertades y derechos individuales de los coasociados.

Referencias

- Bateman-House, A., Kimberly, L., Redman, B., Dubler, N., & Caplan, A. (2015). Right-to-Try Laws: Hope, Hype, and Unintended Consequences. *Annals of Internal Medicine*, 163(10), 796-798. <https://www.acpjournals.org/doi/abs/10.7326/M15-0148?doi=10.7326%2FM15-0148>
- BBC. (30 de mayo de 2018). *Trump signs Right to Try Act for terminally ill patients*. BBC news: <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-44305998>
- Bermúdez Bueno, W., & Morales Manzur, J. C. (2012). Estado Social de Derecho: Consideraciones sobre su trayectoria histórica en Colombia a partir de 1991. *Cuestiones Políticas*, 28(48), 51-77. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r30193.pdf>
- Blair Holbein, M., Berglund, J., Weatherwa, K., Gerber, D., & Adamo, J. (2015). Access to Investigational Drugs: FDA Expanded Access Programs or “Right-to-Try” Legislation? *Clinical and Translational Science*, 8(5), 526-532. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4503515/>
- Brown, B., Ortiz, C., & Dubé, K. (2018). Assessment of the Right-to-Try Law: The Pros and the Cons. *Journal of Nuclear Medicine*, 59(10), 1492-1493. <https://jnm.snmjournals.org/content/59/10/1492>
- Caicedo Sánchez, A. N. (2015). El derecho fundamental innominado a ser intentado en la jurisprudencia Constitucional colombiana. *Repositorio institucional Universidad Católica de Colombia*. <https://repository.ucatolica.edu.co/handle/10983/2664>
- Carrieri, D., Peccatori, F., & Boniolo, G. (2018). The ethical plausibility of the ‘Right To Try’ laws. *Critical Reviews in Oncology / Hematology*, 122, 64-71. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1040842817304420?via%3Dihub>
- Chapman, C. R., Eckman, J., & Bateman-House, A. (2020). Oversight of Right-to-Try and Expanded Access Requests for Off-Trial Access to Investigational Drugs. *Ethics and Human Research*, 42(1), 2-13. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eahr.500038>
- Cohen-Kurzrock, B., Cohen, P., & Kurzrock, R. (2016). The right to try is embodied in the right to die. *Nature Reviews Clinical Oncology*, 13, 399-400. <https://www.nature.com/articles/nrclinonc.2016.73/>
- Corte Constitucional. (1992, 9 de julio). Sentencia C-449/92 (Alejandro Martínez Caballero, M.P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/c-449-92.htm>
- Corte Constitucional. (2015, 12 de febrero). Sentencia T-057/15 (Martha Victoria SÁCHICA Méndez, M.P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-057-15.htm>

Corte Constitucional. (1998, 2 de diciembre). Sentencia SU-747/98 (Eduardo Cifuentes Muñoz, M.P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/SU747-98.htm>

Corte Constitucional. (1992, 24 de junio). Sentencia T-426/92 (Eduardo Cifuentes Muñoz, M.P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-426-92.htm>

Corte Constitucional. (1999, 10 de junio). Sentencia T-444/99 (Eduardo Cifuentes Muñoz, M.P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/T-444-99.htm>

Corte Constitucional. (2002, 17 de octubre). Sentencia T-881/02 (Eduardo Montealegre Lynett, M.P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/T-881-02.htm>

Cruz Bernal, A. F., Lozano Alvarado, L. D., & Riveros Mora, L. M. (2018). Derechos innominados: Un Estudio del Derecho Innominado a Intentarlo en Colombia. *Repositorio institucional Universidad Libre*. <https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/17993/Derechos%20innominados.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Defensoría del Pueblo. (2020, 24 de julio). *Más de 620.000 tutelas se instauraron en 2019 para proteger derechos fundamentales*. <https://www.defensoria.gov.co/es/nube/comunicados/9441/M%C3%A1s-de-620000-tutelas-se-instauraron-en-2019-para-proteger-derechos-fundamentales-derechos-salud-Defensor%C3%ADa-tutelas.htm>

Duque Giraldo, M. (2018). Precedente constitucional en materia de “derecho a ser intentado” o “right to try” para tratamientos experimentales. *CES Derecho*, 143-163. <http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v9n1/2145-7719-cesd-9-01-143.pdf>

Hottois, G. (2009). Dignidad humana y bioética. Un enfoque filosófico crítico. *Revista Colombiana de Bioética*, 4(2), 53-83. https://programasbioetica.unbosque.edu.co/publicaciones/Revista/Revista9/arti2_Gilbethottoistraduccion.pdf

Mahant, V. (2020). “Right-to-Try” experimental drugs: an overview. *Journal of Translational Medicine*, 18(253), 1-6. <https://translational-medicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12967-020-02427-4>

Ministerio de Salud [MinSalud]. (1994, 5 de agosto). Resolución 5261 de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf

Olivares Carrillo, H. (2018). Dignidad humana: un análisis discursivo y jurídico concepto a partir de su función teórica y práctica en Colombia [Tesis de maestría, Universidad Libre]. *Repositorio institucional Unilibre*. <https://repository.unilibre.edu.co/handle/10901/11733>

- Righttotry. (s.f.). *Right to try in your State*. <http://righttotry.org/in-your-state/>
- Rivas García, F. (2017). Enfermedad terminal: una perspectiva desde el bioderecho. *Revista Iberoamericana de Bioética*. https://www.researchgate.net/publication/320721471_Enfermedad_terminal_una_perspectiva_desde_el_bioderecho
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos [SECPAL]. (s.f.). *Guía de cuidados paliativos*. <http://www.secpal.com//Documentos/Paginas/guiacp.pdf>
- Tobar, F. (2010). *La enfermedad como catástrofe*. PAHO: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/enfermedadcomocatastrofe.pdf>
- Valbuena, Á. (2008). La Distanasia. Paradoja del Progreso Biomédico. *Revista Colombiana de Bioética*, 144-193. <https://www.redalyc.org/pdf/1892/189217248006.pdf>
- Yang, T., Chen, B., & Benet, C. (2015). “Right-to-Try” Legislation: Progress or Peril? *Journal of Clinical Oncology*, 22(24), 2597-2600. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26195722/>
- Zettler, P., & Greely, H. (2014). The Strange Allure of State “Right-to-Try” Laws. *JAMA Internal Medicine*, 174(12), 1885-1886. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/1910562>
- Zurriarán, R. G. (2017). Vulneraciones de la dignidad humana al final de la vida. *Cuadernos de Bioética*, 83-97. <http://aebioetica.org/revistas/2017/28/92/83.pdf>