



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRESA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXX - N° 1199

Bogotá, D. C., viernes, 10 de septiembre de 2021

EDICIÓN DE 13 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariasenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA NÚMERO 007 DE 2021 CÁMARA

por medio del cual se establecen disposiciones para el acceso por parte de mayores de edad al derecho fundamental a morir dignamente, bajo la modalidad de muerte médicamente asistida.

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA N° 007 DE 2021 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN DISPOSICIONES PARA EL ACCESO POR PARTE DE MAYORES DE EDAD AL DERECHO FUNDAMENTAL A MORIR DIGNAMENTE, BAJO LA MODALIDAD DE MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA".

El presente Informe está compuesto por diez (10) apartes:

1. Objeto del Proyecto de Ley.
2. Problema a resolver.
3. Antecedentes.
4. Situación actual.
5. Derecho comparado.
6. Conflictos de interés.
7. Pliego de modificaciones.
8. Proposición
9. Texto propuesto.
10. Referencias.

1. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY

Esta ley tiene como fin establecer disposiciones generales para el acceso por parte de mayores de edad al derecho a morir dignamente bajo la modalidad de muerte médicamente asistida.

El derecho a morir dignamente es un derecho fundamental, íntimamente relacionado con la dignidad humana y con la autonomía individual, que le permite a la persona tener control y tomar todas las decisiones, libres e informadas, sobre el proceso de su muerte. Este derecho comprende todas las opciones al final de la vida; el cuidado integral del proceso de muerte, incluyendo el cuidado paliativo; la adecuación del esfuerzo terapéutico; y la muerte médicamente asistida.

2. PROBLEMA A RESOLVER

Hoy no existe una ley que establezca las condiciones mínimas de acceso al derecho fundamental a morir dignamente, en ese sentido, han sido las resoluciones expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social el medio por el cual se ha regulado el acceso a este derecho. Estas resoluciones, a pesar de ser un gran avance en su reglamentación, son insuficientes. Todo esto, muy a pesar de que el derecho a morir dignamente en Colombia fue reconocido por la Corte Constitucional en 1997 como un auténtico derecho fundamental y la misma, buscando garantizar la dignidad humana y los derechos de quienes la solicitan, determinó los mínimos requeridos para su garantizar el acceso a este derecho en Colombia.

La ausencia de una ley que establezca los límites del derecho es uno de los principales problemas que enfrentan quienes pretenden acceder a este derecho fundamental, y para los profesionales de la medicina que realizan este tipo de procedimientos, dada la falta de seguridad jurídica que esta situación genera.

3. ANTECEDENTES

Conceptualización del derecho a morir dignamente: Es un derecho fundamental, íntimamente relacionado con la dignidad humana y con la autonomía individual, que le permite a la persona tener control y tomar todas las decisiones, libres e informadas, sobre el proceso de su muerte. Este derecho comprende todas las opciones al final de la vida; el cuidado integral del proceso de muerte, incluyendo el cuidado paliativo; la adecuación del esfuerzo terapéutico; y la muerte médicamente asistida o eutanasia, entre otros.

Esto ha sido reconocido así por los desarrollos científicos, académicos y, en términos similares, por el Ministerio de Salud en la Resoluciones 229 de 2020 y 971 de 2021.

Conceptualización muerte médicamente asistida: La muerte médicamente asistida o eutanasia es uno de los elementos que componen el derecho a morir dignamente, es una opción clínica al final de la vida y se define como: un procedimiento médico por el cual un profesional de la salud induce la muerte de manera anticipada a una persona que así lo ha solicitado de manera libre, informada, inequívoca y reiterada por el sufrimiento intolerable que padece.

De otra parte, la expresión "Eutanasia", tal y como lo menciona Fernando Marín-Olalla (2018) en la Gaceta Sanitaria "Sociedad española de la salud pública y administración sanitaria", es una palabra con origen etimológico rotundo: *buena muerte o el buen morir*, esto significa otorgar la muerte a una persona que así lo solicita para dejar de lado un sufrimiento insoportable que considera irreversible (Fernando Marín-Olalla, 2018).

La complejidad de esta palabra ha generado confusiones y se le han atribuido connotaciones equivocadas. El buen morir es distinto en su concepción a la eugenesia y, en el mismo sentido, Eutanasia y homicidio son palabras incompatibles "porque es imposible que una muerte sea, a la vez, voluntaria y contra la voluntad de una persona. Por esta razón, el concepto de eutanasia involuntaria es un oxímoron; si no es voluntaria, quizá sea un homicidio compasivo, pero no una eutanasia" (Fernando Marín-Olalla, 2018).

3.1. MARCO NORMATIVO

La discusión sobre el reconocimiento del derecho a decidir sobre la vida fue dada en Colombia desde una perspectiva menos absoluta o amplia que la de algunos países de Europa, y fue la Corte Constitucional quien sustentó las bases para su

reconocimiento como derecho fundamental desde el año 1997. Gracias a ello Colombia fue el primer país de la región en reconocer y regular este derecho.

El marco normativo que regula lo relacionado con los derechos de las personas a morir dignamente se ha ido construyendo, como ocurre en la mayoría de los casos, de manera progresiva. Este articula tanto los distintos tratados internacionales que se refieren a este derecho, como los instrumentos normativos de carácter nacional como la Constitución Política de 1991; la Resolución 13437 de 1991; la Ley 1733 de 2014; las resoluciones proferidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, entre otros.

A continuación, una ruta cronológica de los instrumentos jurídicos más relevantes:

Por su parte, los artículos 1, 11, 12 y 16 de la constitución establecen que "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"; que "el derecho a la vida es inviolable. (...)"; que "nadie será sometido a desaparición forzada, a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes" y que "todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico."

Estos preceptos constitucionales servirán de base para que la misma Corte Constitucional elevará el derecho a morir dignamente a la categoría de fundamental.

La Resolución 13437 de 1991 expedida por el Ministerio de Salud en ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas por los artículos 6º y 120 del Decreto Ley 1471 de 1991, "por la cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes" enunció en su artículo 1 una serie de derechos de los pacientes frente al sistema de salud de carácter irrenunciable, entre los cuales se encuentran los que se encuentran:

"10. Su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad."

Ley 1733 de 2014 Consuelo Devis Saavedra "mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida," expedida por el Congreso de la República aborda una de las perspectivas del derecho a morir dignamente y es uno

1. Hoja libre de texto
2. Hoja libre de texto

de los pasos de mayor importancia en su regulación. Esta ley asume el derecho a morir dignamente desde una perspectiva del cuidado paliativo, establece quienes pueden ser considerados como enfermos en fase terminal o enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida y establece en su artículo 5 los derechos de los pacientes con este tipo de enfermedades, entre los que se encuentran:

- Acceso al cuidado paliativo.
- Acceso al derecho a la información sobre la enfermedad que padece.
- Derecho a una segunda opinión sobre la enfermedad que padece.
- Derecho a suscribir un documento de voluntad anticipada.
- Derecho a participar de forma activa en el proceso de atención y la toma de decisiones en el cuidado paliativo.
- Derechos de los niños, niñas y adolescentes a recibir cuidados paliativos.
- Derecho de los familiares a dar el consentimiento sustituto sobre los cuidados paliativos.

Resolución 1216 de 2015. En cumplimiento de lo ordenado por la Sentencia T-970 de 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 1216 de 2015, en la cual fijó los parámetros generales para garantizar el derecho a morir dignamente, así como la conformación y funciones de los comités científico-interdisciplinarios (Resolución 1216, 2015).

Esta resolución fue recientemente sustituida por la Resolución 971 de 2021, expedida por el Ministerio de Salud.

Resolución 0825 de 2018. En cumplimiento de lo ordenado por la Sentencia T-540 de 2017, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 825 de 2018, en la que se fijaron los parámetros generales para acceder al derecho a morir dignamente en Niños, Niñas y Adolescentes. (Resolución 0825, 2018). Finalmente, la Resolución 2665 de 2018 por medio de la cual se reglamenta el derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada, dispone entre otras, el contenido, los requisitos, formas y condiciones para que las voluntades anticipadas se consideren válidas.

Por otro lado, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió el presente año la Resolución 229 "Por la cual se definen los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la carta de desempeño de las Entidades Promotoras de Salud - EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado" en el que se estableció un capítulo a regular el derecho a morir dignamente, reconociéndole a los pacientes los siguientes derechos (Resolución 229 de 2020):

- "Ser el eje principal de la toma de decisiones al final de la vida.
- Recibir información sobre la oferta de servicios y prestadores a los cuales puede acceder para garantizar la atención en cuidados paliativos para mejorar la calidad

de vida, independientemente de la fase clínica de final de vida, enfermedad incurable avanzada o enfermedad terminal, mediante un tratamiento integral del dolor y otros síntomas, que puedan generar sufrimiento, teniendo en cuenta sus concepciones psicológicas, físicas, emocionales, sociales y espirituales.

- Recibir toda la atención necesaria para garantizar el cuidado integral y oportuno con el objetivo de aliviar los síntomas y disminuir al máximo el sufrimiento secundario al proceso de la enfermedad incurable avanzada o la enfermedad terminal.
- Ser informado de los derechos al final de la vida, incluidas las opciones de cuidados paliativos o eutanasia y cómo éstas no son excluyentes. El médico tratante, o de ser necesario el equipo médico interdisciplinario, debe brindar al paciente y a su familia toda la información objetiva y necesaria, para que se tomen las decisiones de acuerdo con la voluntad del paciente y su mejor interés y no sobre el interés individual de terceros o del equipo médico.
- Estar enterado de su diagnóstico o condición y de los resultados de estar en el proceso de muerte, así como de su pronóstico de vida. El paciente podrá negarse a recibir dicha información o a decidir a quién debe entregarse.
- Recibir información clara, detallada, franca, completa y comprensible respecto a su tratamiento y las alternativas terapéuticas, así como sobre su plan de cuidados y objetivos terapéuticos de las intervenciones paliativas al final de la vida. También le será informado acerca de su derecho a negarse a recibir dicha información o a decidir a quién debe entregarse la misma.
- Solicitar que se cumplan los principios de proporcionalidad terapéutica y racionalidad, así como negarse a que se apliquen actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos que sean fútiles o desproporcionados en su condición y que puedan resultar en obstinación terapéutica.
- Solicitar que sean readecuados los esfuerzos terapéuticos al final de la vida en consonancia con su derecho a morir con dignidad permitiendo una muerte oportuna.
- Ser respetado en su derecho al libre desarrollo de la personalidad cuando, tras recibir información, decide de forma libre rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos y/o tratamientos.
- Ser respetado en su voluntad de solicitar el procedimiento eutanásico como forma de muerte digna.
- A que le sea garantizado el ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, una vez ha expresado de forma libre, inequívoca e informada esta voluntad y a ser evaluado para confirmar que esta decisión no es resultado de la falta de acceso al adecuado alivio sintomático.
- Que se mantenga la intimidad y la confidencialidad de su nombre y el de su familia limitando la publicación de todo tipo de información que fuera del dominio público y que pudiera identificarlos, sin perjuicio de las excepciones legales.
- Que se garantice la celeridad y oportunidad en el trámite para acceder al procedimiento de eutanasia, sin que se impongan barreras administrativas y burocráticas que alejen al paciente del goce efectivo del derecho, y sin que se prolongue excesivamente su sufrimiento al punto de causar su muerte en condiciones de dolor que, precisamente, busca evitar.
- Recibir por parte de los profesionales de la salud, los representantes y miembros de las EPS e IPS una atención imparcial y neutral frente a la aplicación de los

procedimientos y procesos asistenciales orientados a hacer efectivo el derecho a morir dignamente a través del procedimiento eutanásico.

- Ser informado sobre la existencia de objeción de conciencia del médico tratante o quien haya sido designado para la realización del procedimiento eutanásico, en caso de que existiera, para evitar que los profesionales de la salud sobrepongan sus posiciones personales ya sean de contenido ético, moral o religioso y que conduzcan a negar el ejercicio del derecho.
- A que la IPS donde está recibiendo la atención, con apoyo de la EPS en caso de ser necesario, garantice el acceso inmediato a la eutanasia cuando el médico designado para el procedimiento sea objeto de conciencia.
- Recibir la ayuda o el apoyo psicológico, médico y social para el paciente y su familia, que permita un proceso de duelo apropiado. La atención y acompañamiento no debe ser esporádica, sino que tendrá que ser constante, antes, durante y después de las fases de decisión y ejecución del procedimiento orientado a hacer efectivo el derecho a morir dignamente.
- Ser informado de su derecho a suscribir un documento de voluntad anticipada, según lo establecido en la Resolución 2665 de 2018 o la norma que la modifique o sustituya donde exprese sus preferencias al final de la vida y dé indicaciones concretas sobre su cuidado, el acceso a la información de su historia clínica y aquellas que considere relevantes en el marco de sus valores personales o de la posibilidad de revocarlo, sustituirlo o modificarlo.
- Que en caso de inconciencia o incapacidad para decidir al final de la vida y de no contar con un documento de voluntad anticipada, su representante legal consiente, disienta o rechace medidas, actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos que resulten desproporcionados o que vayan en contra del mejor interés del paciente.
- Ser respetado por los profesionales de la salud y demás instancias que participen en la atención respecto de la voluntad anticipada que haya suscrito como un ejercicio de su autonomía y a que estas instancias sean tenidas en cuenta para la toma de decisiones sobre la atención y cuidados de la persona; lo anterior, sin desconocer la buena práctica médica.
- Expresar sus preferencias sobre el sitio de donde desea fallecer y a que sea respetada su voluntad sobre los ritos espirituales que haya solicitado.
- Recibir asistencia espiritual siempre que lo solicite y a ser respetado en sus creencias, cualquiera que estas sean, al igual que negarse a recibir asistencia espiritual y a ser respetado en su decisión".

En ese sentido, la carta de derechos reconoce que el derecho fundamental a vivir en forma digna implica el derecho fundamental a morir con dignidad y que esta prerrogativa no se limita exclusivamente a la muerte anticipada o eutanasia, sino que comprende el cuidado integral del proceso de muerte, incluyendo el cuidado paliativo (Resolución 229 de 2020).

De lo anteriormente nombrado, puede concluirse que el derecho a morir dignamente lo componen todas las opciones clínicas al final de vida, entre las cuales se incluyen las siguientes facultades o decisiones en cabeza del paciente:

- Cuidados paliativos.

<ul style="list-style-type: none"> Limitación del esfuerzo terapéutico o readecuación de las medidas asistenciales. Realización del Procedimiento de muerte medicamentosa asistida o eutanasia. <p>En ese orden de ideas, tal y como lo señala la Corte Constitucional (2017), el derecho fundamental a morir dignamente tiene múltiples dimensiones y otorga diferentes posibilidades al paciente. Este derecho va más allá de la solicitud de la muerte anticipada o el procedimiento denominado "eutanasia". Por ello, se trata de un derecho que reconoce el conjunto de facultades que permiten a una persona ejercer su autonomía y tener control sobre el proceso de su muerte e imponer a terceros límites respecto a las decisiones que se tomen en el marco del cuidado de la salud (Sentencia T-721, 2017).</p> <p>3.2. JURISPRUDENCIA DE LA CORTE CONSTITUCIONAL</p> <p>A continuación, de acuerdo a lo señalado en la Sentencia T-544 de 2017, se relacionan las principales sentencias de la Corte Constitucional sobre la materia.</p> <p>Año 1993. El derecho a morir dignamente ha estado relacionado con la eutanasia, tipificada en su momento en el código penal como homicidio por piedad o con fines altruistas. El primer antecedente relevante relacionado con el derecho a morir dignamente en Colombia es la sentencia T-493 de 1993. Aunque la controversia no giró en torno a la aplicación de la eutanasia, fue la primera vez que la Corte decidió un caso sobre el derecho al libre desarrollo de la personalidad de los ciudadanos que voluntariamente deciden no recibir un tratamiento médico, en aras de salvaguardar el derecho al libre desarrollo de la personalidad (Sentencia T-493, 1993).</p> <p>Año 1997. Posteriormente, la Corte Constitucional mediante la sentencia C-239 de 1997 resolvió una demanda de constitucionalidad en contra del artículo que tipificaba en el código penal el homicidio por piedad. El Magistrado ponente fue Carlos Gaviria Díaz, quien planteó por primera vez la posibilidad de reconocer que la dignidad humana no solo se materializa en vivir dignamente, sino en morir de manera digna cuando una aflicción causada por una enfermedad grave impide el normal transcurso de la vida de una persona, haciéndola incompatible con su concepto individual de dignidad. Igualmente reconoció la libertad de decidir sobre el final de la vida, decisión a la que el Estado no puede oponerse, en los siguientes términos (Sentencia C-239, 1997):</p> <p><i>"si un enfermo terminal que se encuentra en las condiciones objetivas que plantea el artículo 326 del Código Penal considera que su vida debe concluir, porque la juzga incompatible con su dignidad, puede proceder en consecuencia, al ejercicio de su libertad, sin que el Estado esté habilitado</i></p>	<p><i>para oponerse a su designio, ni impedir, a través de la prohibición o de la sanción, que un tercero le ayude a hacer uso de su opción. No se trata de restarle importancia al deber del Estado de proteger la vida sino, como ya se ha señalado, de reconocer que esta obligación no se traduce en la preservación de la vida sólo como hecho biológico".</i></p> <p>Por otra parte, la Corte en la mencionada sentencia determinó los lineamientos rigurosos bajo los cuales podría regularse la muerte digna en Colombia, además exhortó al Congreso de la República a expedir una ley para regular este derecho, a saber (Sentencia C-239, 1997):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verificación rigurosa, por personas competentes, de la situación real del paciente, de la enfermedad que padece, de la madurez de su juicio y de la voluntad inequívoca de morir. 2. Indicación clara de las personas (sujetos calificados) que deben intervenir en el proceso. 3. Circunstancias bajo las cuales debe manifestar su consentimiento la persona que consiente en su muerte o solicita que se ponga término a su sufrimiento: forma como debe expresarlo, sujetos ante quienes debe expresarlo, verificación de su sano juicio por un profesional competente, etc. 4. Medidas que deben ser usadas por el sujeto calificado para obtener el resultado filantrópico. 5. Incorporación al proceso educativo de temas como el valor de la vida y su relación con la responsabilidad social, la libertad y la autonomía de la persona, de tal manera que la regulación penal aparezca como la última instancia en un proceso que puede converger en otras soluciones". <p>En ese sentido, la Corte despenalizó la eutanasia siempre que se presenten los siguientes elementos: (i) medie el consentimiento libre e informado del paciente; (ii) lo practique un médico; (iii) el sujeto pasivo padezca una enfermedad terminal que le cause sufrimiento (Sentencia C-239, 1997). Señalando además que, en esos eventos, la conducta del sujeto activo no es antijurídica y por tanto no hay delito. En caso de faltar algún elemento, la persona sería penalmente responsable por homicidio.</p> <p>Finalmente exhortó al Congreso para que "en el tiempo más breve posible, y conforme a los principios constitucionales y a elementales consideraciones de humanidad, regule el tema de la muerte digna".</p> <p>Año 2014. En el año 2014 la Corte Constitucional, en sede de revisión estudió la acción de tutela formulada por una mujer que solicitaba como medida de protección de sus derechos a la vida y a morir dignamente que se le ordenara a la EPS adelantar el</p>
<p>procedimiento de eutanasia. La accionante padecía cáncer de colon con diagnóstico de metástasis y en etapa terminal, había manifestado su voluntad de no recibir más tratamiento y su médico se negó a practicar la eutanasia por considerarla homicidio (Sentencia T-970, 2014).</p> <p>Aquel caso, resultaría crucial para que la Corte exhortara al Ministerio de Salud y al Congreso (nuevamente) a regular el derecho a morir dignamente. Considerando que, el juzgado que conoció el caso en única Instancia resolvió no tutelar los derechos fundamentales de la peticionaria, en razón de que en ese año no existía en Colombia un marco normativo que obligara a la realización de la eutanasia y porque las entidades accionadas, no enviaron el informe sobre el diagnóstico y el estado de salud de la paciente, que le permitiera verificar los requisitos señalados por la Corte en sentencia C-239 de 1997 (Sentencia T-970, 2014). Además, en sede de revisión, la Corte determinó que el procedimiento para garantizar el derecho a morir dignamente puede ser múltiple. En algunos casos, la fórmula no será la eutanasia sino otro que se ajuste a la voluntad del paciente. Asimismo, hizo referencia a las clasificaciones según la forma de realización del procedimiento de eutanasia (Sentencia T-970, 2014):</p> <p>Por otro lado, reiteró el carácter fundamental de este derecho, considerando su relación o conexidad directa con la dignidad humana y otros derechos como el derecho a la vida y el libre desarrollo de la personalidad. De otra parte, reconoció el carácter autónomo e independiente de este derecho.</p> <p>Finalmente, fijó algunos presupuestos para hacer efectivo el goce del derecho a morir dignamente mientras el Congreso regula la materia, bajo los cuales exhortó al Ministerio de Salud a expedir la resolución para reglamentar su aplicación, que hoy se encuentra vigente.</p> <p>Año 2017. En el año 2017, la corte en sede de tutela expidió la Sentencia T-544, en la que sentó las bases para el desarrollo de la eutanasia en niños niñas y adolescentes, al reconocer que, si bien la Corte Constitucional solo ha expedido pronunciamientos para su realización en mayores de edad, su carácter fundamental no admite distinciones o condicionamientos de este tipo, y no representa una limitación del alcance del derecho fundamental a morir dignamente fundada en la edad. Pues considerar que sólo son titulares del derecho los mayores de edad, implicaría una violación del principio de interés superior de los niños, niñas y adolescentes previsto en el artículo 44 Superior, y llevaría a admitir tratos crueles e inhumanos de los menores de edad, y la afectación de su dignidad (Sentencia T-544, 2017). Por ello exhortó al Ministerio de Salud para que se expidiera una resolución que incluyera instrumentos similares al de la Resolución 1216 de 2015.</p>	<p>Bajo estos supuestos, el Ministerio de Salud expidió en 2018 la Resolución 0825, mediante la cual reguló e hizo posible que los niños, niñas y adolescentes tuvieran acceso efectivo al derecho a morir dignamente.</p> <p>Año 2020. En este año, la Corte Constitucional asume competencia sobre caso de una mujer de 94 años de edad con un cuadro clínico complejo (trastorno de ansiedad, esquizofrenia, enfermedad de Alzheimer, hipotiroidismo, hipertensión arterial, enfermedad arterial oclusiva severa) (Sentencia T-060, 2020), cuya hija solicitó la realización de la eutanasia, mediante consentimiento sustituto.</p> <p>Las entidades del sistema de salud argumentaron que no era viable otorgar la autorización para la realización del procedimiento, considerando que no se aportó documento de voluntad anticipada suscrito por la paciente que sirviera de respaldo para realizar la solicitud. En el mismo sentido, con ponencia del Magistrado Alberto Rojas se niega la tutela por considerar que no se cumplen los supuestos necesarios para solicitar la eutanasia mediante consentimiento sustituto, de igual forma, se argumenta que la paciente no sufría una enfermedad terminal, siendo este uno de los requisitos relevantes para autorizar el procedimiento.</p> <p>De otra parte, enfatiza en "que la falta de reglamentación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a las exigencias que deben cumplir los consentimientos sustitutos en casos de peticiones de muerte digna, puede constituir una amenaza para la garantía de dicho derecho fundamental, por lo cual se reiteró la orden de reglamentar la materia" (Sentencia T-060, 2020). También determinó que la ausencia de una ley reglamentaria hacía necesario reiterar el exhorto efectuado al Congreso de la República en pronunciamientos anteriores.</p> <p>Como puede observarse, las sentencias mencionadas desarrollan buena parte de los requisitos y condiciones en las que se ha reconocido el derecho a morir dignamente por parte de la Corte Constitucional, siendo estas sentencias algunas de las más importantes sobre la materia. Esta jurisprudencia constituye un referente importante para la regulación de este derecho, a pesar de no que no existe una sentencia de unificación de lo decidido sobre el particular en sede de tutela o revisión que acompañe lo señalado por la Corte Constitucional en la Sentencia C-239 de 1997, en la que el entonces Magistrado Carlos Gaviria Díaz daba otro avance importante en el camino del respeto de las libertades individuales.</p> <p>Año 2021. En el presente año, la Corte Constitucional asume competencia sobre una demanda de constitucionalidad sobre el artículo 106 de la Ley 599 del 2000. En ella declaró exequible la norma demandada pero amplió las causales por las cuales puede acceder a la muerte médicamente asistida, dejando claro que para</p>

poder solicitar este procedimiento es necesario padecer un intenso sufrimiento físico o psíquico, proveniente de lesión corporal o enfermedad grave e incurable.

Lo anterior, bajo el argumento de que (Comunicado No. 27, Sentencia C-233, 2021): "(i) existen barreras para su ejercicio que resultan irrazonables y desproporcionadas, entre las que se destaca la inexistencia de una regulación integral con jerarquía legal; (ii) a pesar de que en el Congreso se ha iniciado el trámite de distintos proyectos con esta finalidad, ninguno ha sido aprobado, lo que comporta un vacío normativo que, a su vez, se traduce en una desprotección inadmisiblemente desde el punto de vista constitucional, en torno al derecho a morir dignamente. En ese marco, (iii) mantener la restricción de enfermedad en fase terminal para acceder a los servicios de salud asociados a la muerte (conocidos como eutanasia) termina por agravar, de facto, las citadas barreras".

De igual manera determina que no privilegia ningún tipo de modelo de vida, en cambio asume un compromiso con los derechos de la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad, que implica para la Corte, contar con la opción autónoma de elegir un modo de muerte digna, teniendo a la dignidad humana como fundamento de esta decisión.

Finalmente, insiste en los deficientes esfuerzos del Congreso de la República por regular el acceso de este derecho y lo exhorta nuevamente a expedir una ley para su reglamentación y garantía.

3.3. NORMAS DE RANGO CONSTITUCIONAL.

La presentación de este proyecto de Ley Estatutaria encuentra fundamento en los siguientes artículos de la Constitución Política, relacionados con la dignidad humana; el derecho a la vida entendido desde la perspectiva de que este derecho no puede reducirse a la simple existencia humana, sino a vivir dignamente, en pleno desarrollo de la autonomía individual; el libre desarrollo de la personalidad y la igualdad ante la ley.

Artículo 1. "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".

Artículo 12. "Nadie será sometido a desaparición forzada, a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes".

Artículo 13. "Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos,

libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica".

Artículo 16. "Todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico".

3.4. Proyectos de ley presentados sobre el derecho a morir dignamente.

En total, desde 1998 se han presentado 12 proyectos de ley directamente relacionados con la reglamentación del derecho a morir dignamente. Germán Vargas Lleras fue el primero en presentar un proyecto de este tipo, seguido de Carlos Gaviria Díaz en 2004, y posteriormente el Senador Armando Benedetti en 2006³. Desde ese año se presentaron 9 iniciativas parlamentarias más, incluidos nuestros Proyectos de Ley estatutaria No. 204 de 2019 y 088 de 2020.

4. SITUACIÓN ACTUAL

De acuerdo con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social (2021), en Colombia se han practicado 149 eutanasias reportadas a esta entidad, con corte a 30 de junio de 2021.

Frente al número de procedimientos que se reportan, aclara esta entidad que se tiene registrado únicamente las solicitudes que se hacen efectivas, por lo que no se cuenta con el número total de solicitudes realizadas por personas que recibieron una respuesta negativa o que desistieron de su solicitud en el algún momento del proceso. Sin embargo, el Ministerio reporta que la relación solicitud/procedimiento en una institución de cuarto nivel es de 15 solicitudes/ 8 procedimientos de eutanasia en mayores de edad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Por otro lado, de acuerdo con el Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia (2015), en el que se dan indicaciones y recomendaciones basadas en la evidencia, sobre los medicamentos y el orden de aplicación de estos, con el objetivo de que se pueda garantizar que el procedimiento de la eutanasia sea corto y certero, se recomiendan realizar el suministro de los siguientes medicamentos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015):

Tabla 1. Recomendaciones para la aplicación de eutanasia en enfermos terminales que han aprobado los criterios de evaluación.

Medicamento (genérico)	Tiempo de latencia (segundos)	Dosis (mg/kg de peso)
Lidocaína Sin Epinefrina	10 segundos	2 mg/ kg

³ En dos ocasiones logró pasar el primer debate en Senado, sin embargo, los proyectos presentados no se refirieron únicamente a la eutanasia, sino también al suicidio asistido, entre otros.

Midazolam	30 segundos	1 mg /kg
Fentanyl	30-45 segundos	25 mg/ kg
Propofol o Tiopental Sódico	30-45 segundos	20 mg/kg
	30-45 segundos	30 mg/ kg
Vecuronio	90 segundos	1 mg/ kg

Fuente: Elaboración propia UTL JFRK, con base en el Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia.

El Ministerio de Salud y Protección Social (2020), detalla que, de los 92 procedimientos realizados y reportados en el año 2020 al Comité interno del Ministerio para controlar que hagan efectivo el derecho a morir con dignidad, 73 casos reportan el uso del "Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia, 2015" descrito anteriormente. Con respecto a los 19 casos restantes no se informan los medicamentos usados para la realización del procedimiento, frente a los cuales, este ministerio aduce que se ha realizado las recomendaciones pertinentes por parte del mencionado comité.

Esta situación, y la falta de registro de las actuaciones de los responsables de tramitar la solicitud y realizar el procedimiento dan cuenta de la necesidad de crear un sistema de reporte que permita centralizar la información acerca de las actuaciones de los médicos, las valoraciones y el resultado de la solicitud.

5. DERECHO COMPARADO

El debate alrededor de este derecho ha estado abierto desde hace décadas y han sido varios los países que poco a poco han venido realizando una transición hacia el reconocimiento del derecho a morir dignamente, con discusiones profundas sobre lo que implica su reconocimiento y regulación, en la que coexisten aspectos históricos, religiosos, socioeconómicos y culturales propios de cada país (Reis de Castro, Cafure, Pacelli, Silva, Rückl & Angelo, 2016).

Tradicionalmente, países como Bélgica, Canadá, Estados Unidos, Holanda, y Luxemburgo, han liderado las banderas de la regulación de la eutanasia o el suicidio asistido como prácticas legales, bajo ciertos criterios o circunstancias para su realización. En estos países el reconocimiento de este derecho sobrevino con la promulgación de una ley, mediado en ocasiones, por un plebiscito o un referendo como ha ocurrido en Estados Unidos, o por la vía judicial en varios casos.

Al revisar el texto "la eutanasia: un derecho del siglo XXI", publicado en la revista de la Sociedad española de la Salud Pública y Administración Sanitaria, ya mencionado en esta ponencia, llama la atención las distintos conceptos que se utilizan en los países que han reglamentado este derecho para referirse a la eutanasia. Por ejemplo, menciona Marín- Olalla (2018):

"En los Países Bajos, país pionero en su regulación, la ley de eutanasia (2002) se llama «de terminación de la vida» a petición propia, mientras que en Bélgica se llama «ley de

eutanasia» (2002). En Oregon, el suicidio asistido se regula en la «ley de muerte con dignidad» (Death with Dignity Act, 1998), y en California, en la «ley de opción al final de la vida» (End of Life Option Act, 2015). En Canadá, es la «ley de ayuda médica para morir» (Medical Assistance in Dying, 2016), y en Victoria (Australia) es la «ley de muerte voluntaria asistida» (Voluntary Assisted Dying Bill, 2017)".

Por otro lado, hemos visto cómo muchos países vienen sumándose a la discusión de este derecho y su reconocimiento. Actualmente países como Portugal, España y Nueva Zelanda se han sumado a la lista de países que discuten la aprobación de una ley que reglamente el acceso al derecho a morir dignamente bajo la modalidad de eutanasia o suicidio asistido.

A continuación se menciona algunos países que han venido dando esa discusión:

Tabla 2. Experiencias internacionales, países con discusión.

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Procedimiento discutido	Medio para discusión	Año de discusión
Alemania	NA	NA	El máximo tribunal alemán determinó que es inconstitucional el artículo de código penal que prohíbe el suicidio asistido.	Judicial	2020
Chile ⁴	Mayores de 14 años de edad	Enfermedad terminal o enfermedades degenerativas.	Eutanasia y suicidio asistido.	Proceso de aprobación de la ley	2019 ⁵
España	Mayor de edad	Enfermedad grave e incurable o padece enfermedad grave, crónica e invalidante.	Eutanasia	Proceso de aprobación de la ley	2020 ⁶
Francia	NA	NA	El Tribunal Supremo reabrió la vía para desconectar a Vincent Lambert, hombre de 42 años tetrapléjico desde 2008 producto de un accidente.	Judicial	2019

⁴ A abril de 2019 se habían presentado 4 iniciativas legislativas para ser discutidas en la Comisión de Salud de la Cámara (María Lambert Grassi (2019).

⁵ Se discutieron iniciativas también en los años 2011, 2014 y 2016

⁶ Se presentaron iniciativas también en 2018 y 2019. Fue aprobada en el año 2021.

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Procedimiento discutido	Medio para discusión	Año de discusión
Portugal	Mayores de edad	Enfermedad o lesión incurable e insoportable.	Eutanasia	La ley fue aprobada en 2020 y fue revocada por el tribunal constitucional de ese país.	2018 y 2020 ⁷
Nueva Zelanda	Mayores de edad	Enfermedad terminal	Eutanasia	Ley sometida a referendo	Desde 2017 a 2019.

Fuentes: Fuente: Elaboración propia UTL, Juan Fernando Reyes Kuri, basado en la información disponible.

Por otro lado, en Estados Unidos en los Estados de Oregón, Washington, Montana, Vermont, Colorado, California, Hawái, Nueva Jersey, Maine y el Distrito de Columbia se cuenta con reglamentación del suicidio asistido médicamente, sin embargo, actualmente hay propuestas de regulación en otros 19 Estados, según lo publicado por la asociación Derecho a Morir Dignamente (DMD).

Sobre otros países que empiezan la discusión se destaca a Perú, en donde Ana Estrada, la primera persona que busca públicamente la muerte asistida en este país, ha abierto el debate sobre el reconocimiento de este derecho (BBC, 2020). De igual manera, el caso de Alfonso Oliva en Argentina, a quien le diagnosticaron ELA, intentó poner en la discusión pública el derecho a morir dignamente bajo la modalidad de eutanasia (La voz, 2019).

Países con regulación.

Frente a los países que actualmente han reglamentado este derecho bajo la modalidad de eutanasia se destaca a Colombia, primer país latinoamericano en reconocer este derecho y elevarlo a derecho fundamental. Así como Australia, Estados Unidos, Bélgica y Holanda que han regulado también otro tipo de medidas para hacer efectivo el derecho a morir dignamente.

En este punto es pertinente aclarar nuevamente que al derecho a morir dignamente lo componen distintas lo componen todas las opciones clínicas al final de vida, entre las cuales se incluyen las siguientes facultades o decisiones en cabeza del paciente:

- Cuidados paliativos.
- Limitación del esfuerzo terapéutico o reeducación de las medidas asistenciales.
- Realización del Procedimiento de muerte médicamente asistida o eutanasia.

⁷ Se intentó también en 2016.

- El procedimiento de suicidio asistido.

Siendo estas diferentes entre las opciones que se le ofrecen al paciente.

A continuación, se presenta la lista de países que ya han reglamentado el acceso por parte de los ciudadanos a la muerte médicamente asistida o eutanasia y el suicidio asistido:

Tabla 3. Experiencias internacionales, países regulados.

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Procedimiento	Vía para la regulación	Año
Australia- Estado de Victoria.	Mayores de edad	Sufrimiento causado por una enfermedad avanzada (incurable, progresiva), cuyo pronóstico de muerte sea menor de seis meses o 12 meses, en el caso de enfermedades neurodegenerativas. ⁸	Suicidio asistido y eutanasia ⁹ . (Asistencia médica para morir).	Ley	2017
Australia- Western	Mayores de edad	Sufrimiento que no se puede aliviar de una manera que la persona considere tolerable, causado por una enfermedad o condición médica, avanzada y progresiva que causará la muerte en el corto plazo en un plazo de 6 meses o 12 meses, en el caso de enfermedades neurodegenerativas. ¹⁰	Suicidio asistido y eutanasia. (Asistencia médica para morir).	Ley	2019 ¹¹
Bélgica	Sin restricciones desde 2014*	Enfermedad incurable, incluyendo enfermedades mentales, que producen un sufrimiento físico o psicológico insoportable.	- Está regulado la eutanasia. - El suicidio asistido no está regulado, pero se practica en los mismos términos y condiciones que la eutanasia.	Ley	2002 y 2014*
Canadá- Quebec	Mayores de edad	Enfermedad terminal	Eutanasia	Ley	2015

⁸ Permite realizar el procedimiento en residentes permanentes o residentes por lo menos por 12 meses.
⁹ Tanto en Victoria como en Western la forma de morir voluntariamente depende de la valoración del médico de si el paciente está habilitado para la auto administración o debe ser el quien administre el medicamento necesario para cumplir con la voluntad del paciente.
¹⁰ Permite realizar el procedimiento en residentes permanentes o residentes por lo menos por 12 meses.
¹¹ Vigente a partir de 2021.

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Procedimiento	Vía para la regulación	Año
Canadá	Mayores de edad	Problemas de salud graves e irreversibles. Una persona padece problemas de salud graves e irreversibles cuando, a la vez: (a) tiene una enfermedad, dolencia o minusvalía seria e incurable; (b) su situación médica se caracteriza por una disminución avanzada e irreversible de sus capacidades; (c) su enfermedad, dolencia o minusvalía o la disminución avanzada e irreversible de sus capacidades le ocasiona sufrimientos físicos o psicológicos persistentes que considera intolerables y que no pueden ser aliviados en condiciones que considere aceptables; (d) su muerte natural es el desarrollo razonablemente previsible, tomando en cuenta todas sus circunstancias médicas, aunque no se haya formulado un pronóstico sobre su esperanza de vida.	Eutanasia y suicidio asistido. (Asistencia médica para morir).	Ley	2016
España	Mayores de edad	Enfermedad grave e incurable o padece una enfermedad grave, crónica e invalidante.	Eutanasia.		2021
Estados Unidos - California	Mayores de edad	Enfermedad terminal	Suicidio asistido	Ley	2015
Estados Unidos - Distrito de Columbia o Washington D.C.	Mayores de edad	Enfermedad terminal	Suicidio asistido	Ley	2017
Estados Unidos - Colorado	Mayores de edad	Enfermedad terminal	Suicidio asistido	Ley	2016
Estados Unidos - Hawái	Mayores de edad	Enfermedad terminal.	Suicidio asistido	Ley	2019
Estados Unidos - Maine			Suicidio asistido	Ley	
Estados Unidos - Montana	Mayores de edad	Enfermedad terminal	Suicidio asistido	Judicial- Después del Caso Robert Baxter	2009

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Procedimiento	Vía para la regulación	Año
Estados Unidos - Nueva Jersey	Mayores de edad	Enfermedad terminal	Suicidio asistido	Ley	2019
Estados Unidos - Oregón	Mayores de edad	Enfermedad terminal	Suicidio asistido	Ley	1997
Estados Unidos - Washington	Mayores de edad	Enfermedad terminal	Suicidio asistido	Ley	2009
Estados Unidos - Vermont	Mayores de edad	Enfermedad terminal	Suicidio asistido	Ley	2013
Holanda	Mayores de edad, menores de edad entre los 12 y 17 años	Enfermedad crónica que genere un intenso sufrimiento físico y psicológico.	Eutanasia y suicidio asistido	Ley	2002
Luxemburgo	Mayores de edad	Enfermedad terminal que causa sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable sin perspectiva de mejora, causada por una dolencia accidental o patológica.	Eutanasia y suicidio asistido	Ley	2008
Suiza	Mayores de edad	Enfermedad terminal en la mayoría de las instituciones que lo practican. Se permite que extranjeros se practiquen este procedimiento.	El código penal prohíbe la eutanasia, pero por omisión legal permite el suicidio asistido, con fines altruistas, sin mayor regulación al respecto.	NA	NA

Fuente: Elaboración propia UTL, Juan Fernando Reyes Kuri ¹²

Conclusiones finales sobre la experiencia internacional.

Se ha señalado que, conforme a la experiencia en Bélgica y Holanda, no se podrá controlar que médicos realicen eutanasias sin el debido consentimiento y que el abuso del derecho, por lo tanto, es inevitable. Sin embargo, los abusos al derecho o fallas a los procedimientos no son por se una justificación razonable para no regular o reconocer un derecho fundamental, por el contrario son avisos de la necesidad de reglamentar de manera sólida el acceso y los límites del derecho, y las sanciones en caso de conductas peligrosas. Eso es lo que hacemos en el proyecto de ley.

¹² Basado en la información disponible en medios de comunicación; leyes sobre eutanasia y suicidio asistido, así como documentos publicados por los países que han regulado el derecho a morir dignamente; documentos de consulta publicados por la Asociación DMD; y el artículo de revista titulado: "Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática". En las referencias se enumeran las fuentes consultadas.

Los ejemplos que se traen a colación quienes argumentan lo anterior, son los modelos de regulación con menos restricciones del derecho a morir dignamente, que reconocen tanto la eutanasia y el suicidio asistido, su práctica en menores de edad y cuyas causales van desde una enfermedad incurable, una lesión grave, una enfermedad crónica e incluso afectaciones psicológicas y no son, en consecuencia, regulaciones comparables con el modelo colombiano establecido por la Corte Constitucional, que resulta ser mucho más restrictivo y determinante en las causales y en la forma de realizar el procedimiento de la solicitud y autorización. Se reglamentará el mismo derecho, pero las regulaciones no son las mismas.

Aun con todo lo anterior, hay evidencia que señala que con la regulación en los países como Holanda o el Estado de Oregón en Estados Unidos, no se aumentó el riesgo de conductas no reguladas o que violan los procedimientos del derecho a morir dignamente para los ancianos, mujeres, personas de grupos vulnerables como personas con discapacidad, enfermos crónicos o con enfermedades psiquiátricas, pertenecientes a minorías étnicas o raciales (Battin, M. P., van der Heide, A., Ganzini, L., van der Wal, G., & Onwuteaka-Philipsen, B. D., 2007). Finalmente, hay que insistir en que la eutanasia es voluntaria o no es eutanasia, podrá ser homicidio por piedad pero son dos cosas totalmente distintas.

Por otro lado, se ha mencionado que si hubiese mejores cuidados paliativos la gente no recurriría a la eutanasia. Estamos de acuerdo en que se deben mejorar los cuidados paliativos en el país, sin embargo, todo ciudadano debe tener el derecho de contar con cuidados hasta el final de su vida, pero también de decidir hasta cuándo desea ser cuidado (DMD).

De otra parte, también existe evidencia de que los sistemas de cuidados paliativos de países europeos, pioneros en la regulación de este derecho, pasaron de tener muy bajas calificaciones a excelentes en materia de cuidados paliativos tras aprobar las leyes de eutanasia y suicidio asistido.

En Bélgica y Holanda se lograron un gran desarrollo de su sistema de cuidados paliativos y, en 2005 ya estaban a la par con Reino Unido y por delante de España, siendo estos países no reguladores de este derecho hasta ese momento. Por ejemplo, solo en el caso de Bélgica se aumentó en un promedio de 10% los recursos destinados a cuidados paliativos. (Bernheim, J. L., Chamberaere, K., Theuns, P., & Deliens, L., 2014). En conclusión y de acuerdo con los autores, la hipótesis de que la regulación legal de la muerte asistida por médicos retrasa el desarrollo de los cuidados paliativos no está respaldada por la experiencia belga y holandesa.

En el mismo sentido, un estudio posterior reafirma que Bélgica y Holanda cuentan con dos de los mejores sistemas de cuidados paliativos de Europa, solo superados por Inglaterra. Por su parte Luxemburgo cuenta con la mejor valoración frente al manejo de los recursos (Voitha, Gerralda, Moreno, Clark & Centeno, 2016).

6. CONFLICTOS DE INTERÉS.

Dando cumplimiento a lo establecido en la Ley 2003 del 19 de noviembre de 2019, por la cual se modifica parcialmente la Ley 5 de 1992, se hacen las siguientes consideraciones:

Frente al presente proyecto, se estima que no hay conflictos de interés, puesto que no generaría beneficios particulares, actuales y directos, conforme a lo dispuesto en la ley, dado que, el objeto del proyecto del mismo versa sobre la regulación del acceso de un derecho fundamental, en este caso el de morir dignamente, reconocido por la Corte Constitucional.

Sobre este asunto ha señalado el Consejo de Estado (2019):

"No cualquier interés configura la causal de desinversión en comento, pues se sabe que sólo lo será aquél del que se pueda predicar que es directo, esto es, que per se el alegado beneficio, provecho o utilidad encuentre su fuente en el asunto que fue conocido por el legislador; particular, que el mismo sea específico o personal, bien para el congresista o quienes se encuentren relacionados con él; y actual o inmediato, que concorra para el momento en que ocurrió la participación o votación del congresista, lo que excluye sucesos contingentes, futuros o imprevisibles. También se tiene noticia que el interés puede ser de cualquier naturaleza, esto es, económico o moral, sin distinción alguna".

De igual forma, es pertinente señalar lo que la Ley 5 de 1992 dispone sobre la materia en el artículo 286, modificado por el artículo 1 de la Ley 2003 de 2019:

"Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.

- a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.
- b) Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.
- c) Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil."

Se recuerda que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite del presente proyecto de ley, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la ley 5 de 1992 modificado por la ley 2003 de 2019, no exime al Congresista de identificar otras causales adicionales.

7. PLIEGO DE MODIFICACIONES.

Se incluirán las siguientes modificaciones:

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE	COMENTARIO
POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN DISPOSICIONES PARA EL ACCESO POR PARTE DE MAYORES DE EDAD AL DERECHO FUNDAMENTAL A MORIR DIGNAMENTE, BAJO LA MODALIDAD DE MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA".	POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN DISPOSICIONES PARA EL ACCESO POR PARTE DE MAYORES DE EDAD AL DERECHO FUNDAMENTAL A MORIR DIGNAMENTE, BAJO LA MODALIDAD DE MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".	Se modifica redacción para mejor entendimiento de su contenido, dadas las modificaciones introducidas en primer debate.
ARTÍCULO 2. DEFINICIONES. Para el cumplimiento de esta ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones: i) Documento de Voluntad anticipada-DVA: Aquel en el que toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad pero en pleno uso de sus facultades legales y mentales, de forma preventiva, al no poder tomar tal decisión en el futuro, declara de manera libre, consciente e informada, su voluntad de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida y/o, en caso de ser procedente, por padecer de enfermedad terminal o enfermedad incurable	ARTÍCULO 2. DEFINICIONES. Para el cumplimiento de esta ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones: i) Documento de Voluntad anticipada-DVA: Aquel en el que toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad pero en pleno uso de sus facultades legales y mentales, de forma preventiva, al no poder tomar tal decisión en el futuro, declara de manera libre, consciente e informada, su voluntad de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida y/o, en caso de ser procedente, por padecer de enfermedad terminal o enfermedad incurable	Se modifica redacción para mejor entendimiento de su contenido.

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE	COMENTARIO
avanzada, su voluntad de someterse al procedimiento de muerte médicamente asistida. Los documentos de voluntad anticipada se consideran manifestaciones válidas del consentimiento si señalan de forma específica, clara, expresa e inequívoca la solicitud de realizar el procedimiento referido.	avanzada, su voluntad de someterse al procedimiento de muerte médicamente asistida. Los documentos de voluntad anticipada se consideran manifestaciones válidas del consentimiento si señalan de forma específica, clara, expresa e inequívoca la solicitud de realizar el procedimiento referido.	
ii) Enfermedad incurable avanzada: Aquella enfermedad o condición patológica cuyo curso es progresivo y gradual, con diversos grados de afectación, que se caracteriza por tener una respuesta variable a los tratamientos específicos y porque evolucionará hacia la muerte en mediano plazo.	ii) Enfermedad incurable avanzada: Aquella enfermedad o condición patológica cuyo curso es progresivo y gradual, con diversos grados de afectación, que se caracteriza por tener una respuesta variable a los tratamientos específicos y porque evolucionará hacia la muerte en mediano plazo.	
iii) Enfermedad terminal: Enfermedad médicamente comprobada avanzada, progresiva e incontrolable, que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico-psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a seis (6) meses.	iii) Enfermedad terminal: Enfermedad médicamente comprobada avanzada, progresiva e incontrolable, que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico-psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a seis (6) meses.	
iv) Muerte médicamente asistida: Procedimiento médico por el cual un profesional de la medicina induce la muerte de manera anticipada a una persona que así lo ha solicitado de manera libre, informada, inequívoca y reiterada por el	iv) Muerte médicamente asistida: Procedimiento médico por el cual un profesional de la medicina induce la muerte de manera anticipada a una persona que así lo ha solicitado de manera libre, informada, inequívoca y reiterada por el	

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE	COMENTARIO
<p>sufrimiento que padece causado por una enfermedad terminal, o lesión corporal o enfermedad incurable avanzada.</p> <p>v) Adecuación de los esfuerzos terapéuticos: La decisión de la persona de adaptar, retirar o no iniciar el plan de tratamiento terapéutico cuando este no cumple con los principios de proporcionalidad terapéutica, o la persona no lo considera útil para sus intereses conforme a su condición médica o a su criterio de vida digna.</p>	<p>sufrimiento que padece causado por una enfermedad terminal, o lesión corporal o enfermedad incurable avanzada.</p> <p>v) Adecuación de los esfuerzos terapéuticos: La decisión de la persona de adaptar, retirar o no iniciar el plan de tratamiento terapéutico cuando este no cumple con los principios de proporcionalidad terapéutica, o la persona no lo considera útil para sus intereses conforme a su condición médica o a su criterio de vida digna.</p>	
<p>ARTÍCULO 3. REQUISITOS. Para la autorización de la realización del procedimiento de muerte médicamente asistida, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:</p> <p>i) Ser mayor de 18 años de edad. ii) Presentar una enfermedad terminal, o lesión corporal o enfermedad incurable avanzada, en los términos de la presente ley. iii) Presentar un sufrimiento causado por la enfermedad que padece. iv) Capacidad y competencia mental para manifestar el consentimiento libre, inequívoco, informado y reiterado. v) Únicamente un profesional de la medicina podrá llevar a cabo la muerte médicamente asistida.</p> <p>Están excluidos de la aplicación de la presente ley los menores de edad.</p>	<p>ARTÍCULO 3. REQUISITOS. Para la autorización de la realización del procedimiento de muerte médicamente asistida, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:</p> <p>i) Ser mayor de 18 años de edad. ii) Presentar una enfermedad terminal, o lesión corporal o enfermedad incurable avanzada, en los términos de la presente ley. iii) Presentar un sufrimiento <u>intolerable</u> causado por la enfermedad que padece. iv) Capacidad y competencia mental para manifestar el consentimiento libre, inequívoco, informado y reiterado. v) Únicamente un profesional de la medicina podrá llevar a cabo la muerte médicamente asistida.</p> <p>Están excluidos de la aplicación de la presente ley los menores de edad.</p>	<p>Se modifica redacción para mejor entendimiento de su contenido.</p>

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE	COMENTARIO
<p>ARTÍCULO 4. DEL CONSENTIMIENTO. El consentimiento deberá ser libre, inequívoco, informado y reiterado.</p> <p>Serán admisibles las declaraciones de voluntad anticipada expresadas de forma escrita o a través de lenguajes aumentativos y alternativos de comunicación, por audios, videos y otros medios tecnológicos que permitan establecer con claridad la manifestación del consentimiento de la persona ante-notario.</p> <p>Si existe por parte de la persona solicitante distintas manifestaciones del consentimiento y estas se contradicen entre sí, prevalecerá la última.</p> <p>En cualquier momento del trámite de autorización de la muerte médicamente asistida la persona solicitante podrá desistir de su solicitud y optar por otras alternativas en el marco del derecho a morir dignamente.</p> <p>Toda persona mayor de edad, capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades legales y mentales podrá, en el marco del ejercicio del derecho a morir dignamente, suscribir un Documento de Voluntad Anticipada y solicitar a su Entidad Promotora de Salud-EPS o ante un médico la consignación de este documento en su historia clínica.</p> <p>PARÁGRAFO PRIMERO. Las personas mayores de edad con y/o en situación de discapacidad como sujetos de derechos y en ejercicio</p>	<p>ARTÍCULO 4. DEL CONSENTIMIENTO. El consentimiento deberá ser libre, inequívoco, informado y reiterado.</p> <p>Serán admisibles las declaraciones de voluntad anticipada expresadas de forma escrita o a través de lenguajes aumentativos y alternativos de comunicación, por audios, videos y otros medios tecnológicos que permitan establecer con claridad la manifestación del consentimiento de la persona.</p> <p>Si existe por parte de la persona solicitante distintas manifestaciones del consentimiento y estas se contradicen entre sí, prevalecerá la última.</p> <p>En cualquier momento del trámite de autorización de la muerte médicamente asistida la persona solicitante podrá desistir de su solicitud y optar por otras alternativas en el marco del derecho a morir dignamente.</p> <p>Toda persona mayor de edad, capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades legales y mentales podrá, en el marco del ejercicio del derecho a morir dignamente, suscribir un Documento de Voluntad Anticipada y solicitar a su Entidad Promotora de Salud-EPS o ante un médico la consignación de este documento en su historia clínica.</p> <p>PARÁGRAFO PRIMERO. Las personas mayores de edad con y/o en situación de discapacidad como sujetos de derechos y en ejercicio</p>	<p>Se elimina la disposición "ante notario" con el fin de no generar barreras administrativas para el acceso al derecho.</p>

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE	COMENTARIO
<p>de su capacidad en igualdad de condiciones, podrán contar con apoyos o solicitar los ajustes razonables requeridos para la comunicación de su voluntad y la comprensión de la información del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir dignamente, conforme a lo dispuesto en la Ley 1998 de 2019, o las que la modifiquen o deroguen.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo relacionado con las directrices anticipadas suscritas por las personas con y/o en situación de discapacidad en un término de seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.</p> <p>PARÁGRAFO SEGUNDO. El consentimiento podrá ser previo a la ocurrencia de la enfermedad terminal o enfermedad incurable avanzada. En ese sentido, los documentos de voluntades anticipadas se considerarán manifestaciones válidas de consentimiento y no requerirán reiteración posterior. Tampoco se requerirá la reiteración del consentimiento en el caso en que la persona solicitante hubiese presentado la solicitud de manera persistente y posteriormente esta se encuentre ante la imposibilidad de reiterar su decisión.</p> <p>Para efectos de la presente disposición, debe entenderse que una persona presentó una solicitud de manera persistente, cuando lo hizo en dos o más ocasiones.</p>	<p>de su capacidad en igualdad de condiciones, podrán contar con apoyos o solicitar los ajustes razonables requeridos para la comunicación de su voluntad y la comprensión de la información del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir dignamente, conforme a lo dispuesto en la Ley 1998 de 2019, o las que la modifiquen o deroguen.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo relacionado con las directrices anticipadas suscritas por las personas con y/o en situación de discapacidad en un término de seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.</p> <p>PARÁGRAFO SEGUNDO. El consentimiento podrá ser previo a la ocurrencia de la enfermedad terminal o enfermedad incurable avanzada. En ese sentido, los documentos de voluntades anticipadas se considerarán manifestaciones válidas de consentimiento y no requerirán reiteración posterior. Tampoco se requerirá la reiteración del consentimiento en el caso en que la persona solicitante hubiese presentado la solicitud de manera persistente y posteriormente esta se encuentre ante la imposibilidad de reiterar su decisión.</p> <p>Para efectos de la presente disposición, debe entenderse que una persona presentó una solicitud de manera persistente, cuando lo hizo en dos o más ocasiones.</p> <p>PARÁGRAFO TERCERO. El consentimiento podrá ser</p>	

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE	COMENTARIO
<p>ARTÍCULO 5. DE LA SOLICITUD. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará en un término de seis (6) meses, contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, el trámite de la solicitud de acuerdo con los siguientes parámetros:</p> <p>i) La solicitud de la muerte médicamente asistida podrá ser verbal o escrita. ii) Se dispondrá de un formato único para la solicitud, en caso de ser escrita. iii) Se atenderán los principios y criterios contenidos en el artículo 8 de la presente ley. iv) Se contará con un proceso de doble verificación o reiteración de la voluntad del solicitante y de los requisitos establecidos en la presente ley. v) El médico que recibe la solicitud y el Comité Interdisciplinario serán los encargados de realizar las correspondientes valoraciones. vi) Se determinará la forma en la cual se realizará el proceso asistencial para verificar el cumplimiento de requisitos para solicitar la muerte médicamente asistida por parte de los equipos médicos, y sugerirá a los médicos e</p>	<p><u>Indirecto siempre y cuando medie Documento de Voluntad Anticipada.</u></p> <p>ARTÍCULO 5. DE LA SOLICITUD. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará en un término de seis (6) meses, contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, el trámite de la solicitud de acuerdo con los siguientes parámetros:</p> <p>i) La solicitud de la muerte médicamente asistida podrá ser verbal o escrita. ii) Se dispondrá de un formato único para la solicitud, en caso de ser escrita. iii) Se atenderán los principios y criterios contenidos en el artículo 8 de la presente ley. iv) Se contará con un proceso de doble verificación o reiteración de la voluntad del solicitante y de los requisitos establecidos en la presente ley. v) El médico que recibe la solicitud y el Comité Interdisciplinario serán los encargados de realizar las correspondientes valoraciones. vi) Se determinará la forma en la cual se realizará el proceso asistencial para verificar el cumplimiento de requisitos para solicitar la muerte médicamente asistida por parte de los equipos médicos, y sugerirá a los médicos e</p>	<p>Se modifica redacción dadas las modificaciones introducidas en primer debate.</p>

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE	COMENTARIO
<p>Instituciones protocolos para realizar tales valoraciones.</p> <p>vii) Las valoraciones médicas mediante las cuales se verificará el cumplimiento de los requisitos deberán realizarse en máximo 10 días calendario.</p> <p>viii) Se garantizará el deber de información. El médico deberá informar al paciente su condición médica y las distintas opciones de tratamiento a las que puede acceder, entre ellas el cuidado paliativo, la adecuación del esfuerzo terapéutico, entre otras. La recepción de dichos tratamientos no podrá ser obligatorio o tomarse como un requisito para solicitar la muerte médicamente asistida o como limitante la autonomía del paciente.</p> <p>ix) El procedimiento de muerte médicamente asistida se programará atendiendo el interés y la voluntad de la persona solicitante. En todo caso, el Comité Interdisciplinario vigilará que el procedimiento se realice en la fecha que la persona determine.</p> <p>x) Se contará con un sistema de reporte de las actuaciones realizadas por parte del equipo médico y el Comité Científico- Interdisciplinario para Morir Dignamente. De igual manera, todas estas actuaciones deberán</p>	<p>Instituciones protocolos para realizar tales valoraciones.</p> <p>vii) Las valoraciones médicas mediante las cuales se verificará el cumplimiento de los requisitos deberán realizarse en máximo 10 días calendario.</p> <p>viii) Se garantizará el deber de información. El médico deberá informar al paciente su condición médica y las distintas opciones de tratamiento a las que puede acceder, entre ellas el cuidado paliativo, la adecuación del esfuerzo terapéutico, entre otras. La recepción de dichos tratamientos no podrá ser obligatorio o tomarse como un requisito para solicitar la muerte médicamente asistida o como limitante la autonomía del paciente.</p> <p>ix) El procedimiento de muerte médicamente asistida se programará atendiendo el interés y la voluntad de la persona solicitante. En todo caso, el Comité Interdisciplinario vigilará que el procedimiento se realice en la fecha que la persona determine.</p> <p>x) Se contará con un sistema de reporte de las actuaciones realizadas por parte del equipo médico y el Comité Científico- Interdisciplinario para Morir Dignamente. De igual manera, todas estas actuaciones deberán</p>	

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE	COMENTARIO
<p>registrarse en la historia clínica del paciente, desde el momento en el que se recibe la solicitud.</p> <p>xi) Se dispondrá de un sistema de identificación prioritaria de solicitudes en Las Entidades Promotoras de Salud-EPS y Instituciones Prestadoras de Salud-IPS.</p> <p>xii) Se dispondrá de un procedimiento en caso de rechazo de la solicitud o en el que se requiera una segunda valoración médica en cada una de las etapas del trámite de la solicitud.</p> <p>xiii) Toda persona tendrá derecho a ser informada sobre las razones por las cuales fue aprobada o rechazada la realización del procedimiento de la muerte médicamente asistida.</p> <p>xiv) El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de sus funciones de Inspección, Vigilancia y Control, determinará si los procedimientos realizados para garantizar el acceso al derecho a morir dignamente fueron idóneos y se cumplieron los requisitos determinados en la presente ley.</p>	<p>registrarse en la historia clínica del paciente, desde el momento en el que se recibe la solicitud.</p> <p>xi) Se dispondrá de un sistema de identificación prioritaria de solicitudes en Las Entidades Promotoras de Salud-EPS y Instituciones Prestadoras de Salud-IPS.</p> <p>xii) Se dispondrá de un procedimiento en caso de rechazo de la solicitud o en el que se requiera una segunda valoración médica en cada una de las etapas del trámite de la solicitud.</p> <p>xiii) Toda persona tendrá derecho a ser informada sobre las razones por las cuales fue aprobada o rechazada la realización del procedimiento de la muerte médicamente asistida.</p> <p>xiv) <u>Se dispondrá de un procedimiento para solicitar la adecuación del esfuerzo terapéutico.</u></p> <p>xv) El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de sus funciones de Inspección, Vigilancia y Control, determinará si los procedimientos realizados para garantizar el acceso al derecho a morir dignamente fueron idóneos y se cumplieron los requisitos determinados en la presente ley.</p>	
ARTÍCULO 6. DEL COMITÉ INTERDISCIPLINARIO. Las	ARTÍCULO 6. DEL COMITÉ INTERDISCIPLINARIO. Las	

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE	COMENTARIO
<p>Entidades Promotoras de Salud-EPS deberán contar dentro de las Instituciones Prestadoras de Salud-IPS con un Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente.</p> <p>El Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente, o quien haga sus veces, será quien desde una perspectiva médica verifique únicamente el cumplimiento de los requisitos fijados en la presente ley para la autorización y programación del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir dignamente bajo la modalidad de muerte médicamente asistida. En ningún caso, el Comité podrá evaluar la pertinencia y conveniencia de la manifestación del consentimiento de la persona solicitante.</p> <p>Las Entidades Promotoras de Salud-EPS tendrán un deber de coordinación de los Comités Interdisciplinarios que se encuentren creados en Instituciones Prestadoras de Salud-IPS vinculadas a su oferta de servicios. Esta coordinación deberá garantizar siempre la continuidad de la prestación del servicio y el ejercicio de los derechos de las personas solicitantes. Para garantizarlo deberán tener una instancia de coordinación la cual será la dependencia encargada de gestionar, coordinar y garantizar la prestación de los servicios relacionados con el derecho a morir dignamente.</p> <p>PARÁGRAFO PRIMERO. Los integrantes del Comité no podrán</p>	<p>Entidades Promotoras de Salud-EPS deberán contar dentro de las Instituciones Prestadoras de Salud-IPS con un Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente.</p> <p>El Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente, o quien haga sus veces, será quien desde una perspectiva médica verifique únicamente el cumplimiento de los requisitos fijados en la presente ley para la autorización y programación del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir dignamente bajo la modalidad de muerte médicamente asistida. En ningún caso, el Comité podrá evaluar la pertinencia y conveniencia de la manifestación del consentimiento de la persona solicitante.</p> <p>Las Entidades Promotoras de Salud-EPS tendrán un deber de coordinación de los Comités Interdisciplinarios que se encuentren creados en Instituciones Prestadoras de Salud-IPS vinculadas a su oferta de servicios. Esta coordinación deberá garantizar siempre la continuidad de la prestación del servicio y el ejercicio de los derechos de las personas solicitantes. Para garantizarlo deberán tener una instancia de coordinación la cual será la dependencia encargada de gestionar, coordinar y garantizar la prestación de los servicios relacionados con el derecho a morir dignamente.</p> <p>PARÁGRAFO PRIMERO. Los integrantes del Comité no podrán</p>	

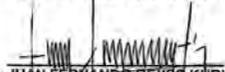
TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE	COMENTARIO
<p>ser objeto de conciencia del procedimiento evaluado, condición que se declarará en el momento de la conformación de este. De igual manera, deberán manifestar, en cada caso, los conflictos de intereses que puedan afectar las decisiones que deban adoptar.</p> <p>PARÁGRAFO SEGUNDO. La participación de los integrantes del Comité es indelegable. No obstante, por razones de fuerza mayor, caso fortuito o por existencia de conflictos de intereses manifiesta, la IPS deberá designar, de manera inmediata, el profesional que lo reemplace del respectivo perfil. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo dispuesto en este artículo en un término de seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.</p> <p>ARTÍCULO 7. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA. El médico o el equipo médico asignado para la realización del procedimiento con el que se hará efectivo el derecho a morir dignamente bajo la modalidad de muerte médicamente asistida, podrá ejercer su derecho a la objeción de conciencia para realizar el procedimiento. Esta deberá comunicarse, inmediatamente al conocimiento de la solicitud mediante escrito y debidamente motivada.</p> <p>El médico que se encuentre atendiendo el trámite de la solicitud y los integrantes del Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente no podrán ser objeto de conciencia.</p>	<p>ser objeto de conciencia del procedimiento evaluado, condición que se declarará en el momento de la conformación de este. De igual manera, deberán manifestar, en cada caso, los conflictos de intereses que puedan afectar las decisiones que deban adoptar.</p> <p>PARÁGRAFO SEGUNDO. La participación de los integrantes del Comité es indelegable. No obstante, por razones de fuerza mayor, caso fortuito o por existencia de conflictos de intereses manifiesta, la IPS deberá designar, de manera inmediata, el profesional que lo reemplace del respectivo perfil. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo dispuesto en este artículo en un término de seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.</p> <p>ARTÍCULO 7. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA. El médico asignado para la realización del procedimiento con el que se hará efectivo el derecho a morir dignamente bajo la modalidad de muerte médicamente asistida, podrá ejercer su derecho a la objeción de conciencia para realizar el procedimiento. Esta deberá comunicarse, inmediatamente al conocimiento de la solicitud mediante escrito y debidamente motivada.</p> <p>El médico que se encuentre atendiendo el trámite de la solicitud y los integrantes del Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente no podrán ser objeto de conciencia.</p>	

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE	COMENTARIO
comunicarse, inmediatamente al conocimiento de la solicitud mediante escrito y debidamente motivada. El médico que se encuentre atendiendo el trámite de la solicitud y los integrantes del Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente no podrán ser objetores de conciencia. De igual manera, los intervinientes en el trámite de la solicitud deberán manifestar, en cada caso, los conflictos de intereses que puedan afectar las decisiones que deban adoptar. Tampoco procede la objeción de conciencia institucional por parte de las Entidades Promotoras de Salud-EPS o Instituciones Prestadoras de Salud-IPS.	comunicarse, inmediatamente al conocimiento de la solicitud mediante escrito y debidamente motivada. El médico que se encuentre atendiendo el trámite de la solicitud y los integrantes del Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente no podrán ser objetores de conciencia. De igual manera, los intervinientes en el trámite de la solicitud deberán manifestar, en cada caso, los conflictos de intereses que puedan afectar las decisiones que deban adoptar. Tampoco procede la objeción de conciencia institucional por parte de las Entidades Promotoras de Salud-EPS o Instituciones Prestadoras de Salud-IPS.	

8. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las anteriores consideraciones, de manera respetuosa solicito a la Comisión Primera de la Cámara de Representantes, dar segundo debate y aprobar el Proyecto de Ley Estatutaria N° 007 de 2021 Cámara "Por medio del cual se establecen disposiciones para el acceso por parte de mayores de edad al derecho fundamental a morir dignamente, bajo la modalidad de muerte médicamente asistida", conforme al pliego que se adjunta.

De los honorables congresistas,



JUAN FERNANDO REYES KURI
Representante a la Cámara por el Valle del Cauca
Partido Liberal

afectación, que se caracteriza por la generación de sufrimiento físico-psíquico, por tener una respuesta variable a los tratamientos específicos y porque evolucionará hacia la muerte en mediano plazo.

III) **Enfermedad terminal:** Enfermedad médicamente comprobada avanzada, progresiva e incontrolable, que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico- psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a seis (6) meses.

IV) **Muerte médicamente asistida:** Procedimiento médico por el cual un profesional de la medicina induce la muerte de manera anticipada a una persona que así lo ha solicitado de manera libre, informada, inequívoca y reiterada por el sufrimiento que padece causado por una enfermedad terminal, o lesión corporal o enfermedad incurable avanzada.

V) **Adecuación de los esfuerzos terapéuticos:** La decisión de la persona de adaptar, retirar o no iniciar el plan de tratamiento terapéutico cuando este no cumple con los principios de proporcionalidad terapéutica, o la persona no lo considera útil para sus intereses conforme a su condición médica o a su criterio de vida digna.

**CAPÍTULO II
REQUISITOS DE LA SOLICITUD**

ARTÍCULO 3. REQUISITOS. Para la autorización de la realización del procedimiento de muerte médicamente asistida, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- I) Ser mayor de 18 años de edad.
- II) Presentar una enfermedad terminal, o lesión corporal o enfermedad incurable avanzada, en los términos de la presente ley.
- III) Presentar un sufrimiento intolerable causado por la enfermedad que padece.
- IV) Capacidad y competencia mental para manifestar el consentimiento libre, inequívoco, informado y reiterado.
- V) Únicamente un profesional de la medicina podrá llevar a cabo la muerte médicamente asistida.

Están excluidos de la aplicación de la presente ley los menores de edad.

ARTÍCULO 4. DEL CONSENTIMIENTO. El consentimiento deberá ser libre, inequívoco, informado y reiterado.

9. TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE PARA EL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA No. 007 DE 2021 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN DISPOSICIONES PARA EL ACCESO POR PARTE DE MAYORES DE EDAD AL DERECHO FUNDAMENTAL A MORIR DIGNAMENTE, BAJO LA MODALIDAD DE MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

EL CONGRESO DE COLOMBIA,

DECRETA:

**CAPÍTULO I
OBJETO Y DEFINICIONES.**

ARTÍCULO 1. OBJETO. Esta ley tiene como fin establecer disposiciones generales para el acceso por parte de mayores de edad al derecho a morir dignamente bajo la modalidad de muerte médicamente asistida; e igualmente, permitir la adecuación del esfuerzo terapéutico, garantizando la proporcionalidad terapéutica.

El derecho a morir dignamente es un derecho fundamental, íntimamente relacionado con la dignidad humana y con la autonomía individual, que le permite a la persona tener control y tomar todas las decisiones, libres e informadas, sobre el proceso de su muerte. Este derecho comprende todas las opciones al final de la vida; el cuidado integral del proceso de muerte, incluyendo el cuidado paliativo; la adecuación del esfuerzo terapéutico; y la muerte médicamente asistida.

ARTÍCULO 2. DEFINICIONES. Para el cumplimiento de esta ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

I) **Documento de Voluntad anticipada-DVA:** Aquel en el que toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad pero en pleno uso de sus facultades legales y mentales, de forma preventiva, al no poder tomar tal decisión en el futuro, declara de manera libre, consciente e informada, su voluntad de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida y/o, en caso de ser procedente, por padecer de enfermedad terminal o enfermedad incurable avanzada, su voluntad de someterse al procedimiento de muerte médicamente asistida.

Los documentos de voluntad anticipada se consideran manifestaciones válidas del consentimiento si señalan de forma específica, clara, expresa e inequívoca la solicitud de realizar el procedimiento referido.

II) **Enfermedad incurable avanzada:** Aquella enfermedad o condición patológica cuyo curso es progresivo y gradual, con diversos grados de

Serán admisibles las declaraciones de voluntad anticipada expresadas de forma escrita o a través de lenguajes aumentativos y alternativos de comunicación, por audios, videos y otros medios tecnológicos que permitan establecer con claridad la manifestación del consentimiento de la persona.

Si existe por parte de la persona solicitante distintas manifestaciones del consentimiento y estas se contradicen entre sí, prevalecerá la última.

En cualquier momento del trámite de autorización de la muerte médicamente asistida la persona solicitante podrá desistir de su solicitud y optar por otras alternativas en el marco del derecho a morir dignamente.

Toda persona mayor de edad, capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades legales y mentales podrá, en el marco del ejercicio del derecho a morir dignamente, suscribir un Documento de Voluntad Anticipada y solicitar a su Entidad Promotora de Salud-EPS o ante un médico la consignación de este documento en su historia clínica.

PARÁGRAFO PRIMERO. Las personas mayores de edad con y/o en situación de discapacidad como sujetos de derechos y en ejercicio de su capacidad en igualdad de condiciones, podrán contar con apoyos o solicitar los ajustes razonables requeridos para la comunicación de su voluntad y la comprensión de la información del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir dignamente, conforme a lo dispuesto en la Ley 1996 de 2019, o las que la modifiquen o derroguen.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo relacionado con las directrices anticipadas suscritas por las personas con y/o en situación de discapacidad en un término de seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El consentimiento podrá ser previo a la ocurrencia de la enfermedad terminal o enfermedad incurable avanzada. En ese sentido, los documentos de voluntades anticipadas se considerarán manifestaciones válidas de consentimiento y no requerirán reiteración posterior. Tampoco se requerirá la reiteración del consentimiento en el caso en que la persona solicitante hubiese presentado la solicitud de manera persistente y posteriormente esta se encuentre ante la imposibilidad de reiterar su decisión.
Para efectos de la presente disposición, debe entenderse que una persona presentó una solicitud de manera persistente, cuando lo hizo en dos o más ocasiones.

PARÁGRAFO TERCERO. El consentimiento podrá ser indirecto siempre y cuando medie Documento de Voluntad Anticipada.

**CAPÍTULO III
DE LA SOLICITUD**

ARTÍCULO 5. DE LA SOLICITUD. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará en un término de seis (6) meses, contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, el trámite de la solicitud de acuerdo con los siguientes parámetros:

- i) La solicitud de la muerte médicamente asistida podrá ser verbal o escrita.
- ii) Se dispondrá de un formato único para la solicitud, en caso de ser escrita.
- iii) Se atenderán los principios y criterios contenidos en el artículo 8 de la presente ley.
- iv) Se contará con un proceso de doble verificación o reiteración de la voluntad del solicitante y de los requisitos establecidos en la presente ley.
- v) El médico que recibe la solicitud y el Comité Interdisciplinario serán los encargados de realizar las correspondientes valoraciones.
- vi) Se determinará la forma en la cual se realizará el proceso asistencial para verificar el cumplimiento de requisitos para solicitar la muerte médicamente asistida por parte de los equipos médicos, y sugerirá a los médicos e instituciones protocolos para realizar tales valoraciones.
- vii) Las valoraciones médicas mediante las cuales se verificará el cumplimiento de los requisitos deberán realizarse en máximo 10 días calendario.
- viii) Se garantizará el deber de información. El médico deberá informar al paciente su condición médica y las distintas opciones de tratamiento a las que puede acceder, entre ellas el cuidado paliativo, la adecuación del esfuerzo terapéutico, entre otras. La recepción de dichos tratamientos no podrá ser obligatorio o tomarse como un requisito para solicitar la muerte médicamente asistida o como limitante la autonomía del paciente.
- ix) El procedimiento de muerte médicamente asistida se programará atendiendo el interés y la voluntad de la persona solicitante. En todo caso, el Comité Interdisciplinario vigilará que el procedimiento se realice en la fecha que la persona determine.
- x) Se contará con un sistema de reporte de las actuaciones realizadas por parte del equipo médico y el Comité Científico- Interdisciplinario para Morir Dignamente. De igual manera, todas estas actuaciones deberán registrarse en la historia clínica del paciente, desde el momento en el que se recibe la solicitud.
- xi) Se dispondrá de un sistema de identificación prioritaria de solicitudes en Las Entidades Promotoras de Salud-EPS y Instituciones Prestadoras de Salud – IPS.
- xii) Se dispondrá de un procedimiento en caso de rechazo de la solicitud o en el que se requiera una segunda valoración médica en cada una de las etapas del trámite de la solicitud.
- xiii) Toda persona tendrá derecho a ser informada sobre las razones por las cuales fue aprobada o rechazada la realización del procedimiento de la muerte médicamente asistida.

- xiv) Se dispondrá de un procedimiento para solicitar la adecuación del esfuerzo terapéutico.
- xv) El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de sus funciones de Inspección, Vigilancia y Control, determinará si los procedimientos realizados para garantizar el acceso al derecho a morir dignamente fueron idóneos y se cumplieron los requisitos determinados en la presente ley.

**CAPÍTULO IV
EL COMITÉ CIENTÍFICO-INTERDISCIPLINARIO PARA MORIR DIGNAMENTE**

ARTÍCULO 6. DEL COMITÉ CIENTÍFICO-INTERDISCIPLINARIO. Las Entidades Promotoras de Salud-EPS deberán contar dentro de las Instituciones Prestadoras de Salud –IPS con un Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente.

El Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente, o quien haga sus veces, será quien desde una perspectiva médica verifique únicamente el cumplimiento de los requisitos fijados en la presente ley para la autorización y programación del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir dignamente bajo la modalidad de muerte médicamente asistida. En ningún caso, el Comité podrá evaluar la pertinencia y conveniencia de la manifestación del consentimiento de la persona solicitante.

Las Entidades Promotoras de Salud-EPS tendrán un deber de coordinación de los Comités Interdisciplinarios que se encuentren creados en Instituciones Prestadoras de Salud –IPS vinculadas a su oferta de servicios. Esta coordinación deberá garantizar siempre la continuidad de la prestación del servicio y el ejercicio de los derechos de las personas solicitantes. Para garantizarlo deberán tener una instancia de coordinación la cual será la dependencia encargada de gestionar, coordinar y garantizar la prestación de los servicios relacionados con el derecho a morir dignamente.

PARÁGRAFO PRIMERO. Los integrantes del Comité no podrán ser objetores de conciencia del procedimiento de muerte médicamente asistida. De igual manera, deberán manifestar, en cada caso, los conflictos de intereses que puedan afectar las decisiones que deban adoptar.

PARÁGRAFO SEGUNDO. La participación de los integrantes del Comité es indelegable. No obstante, por razones de fuerza mayor, caso fortuito o por existencia de conflictos de intereses manifiesta, la IPS deberá designar, de manera inmediata, el profesional que lo reemplace del respectivo perfil.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo dispuesto en este artículo en un término de seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

**CAPÍTULO V
OBJECCIÓN DE CONCIENCIA**

ARTÍCULO 7. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA. El médico asignado para la realización del procedimiento con el que se hará efectivo el derecho a morir dignamente bajo la modalidad de muerte médicamente asistida, podrá ejercer su derecho a la objeción de conciencia para realizar el procedimiento. Esta deberá comunicarse, inmediatamente al conocimiento de la solicitud mediante escrito y debidamente motivada.

El médico que se encuentre atendiendo el trámite de la solicitud y los integrantes del Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente no podrán ser objetores de conciencia.

De igual manera, los intervinientes en el trámite de la solicitud deberán manifestar, en cada caso, los conflictos de intereses que puedan afectar las decisiones que deban adoptar.

Tampoco procede la objeción de conciencia institucional por parte de las Entidades Promotoras de Salud-EPS o Instituciones Prestadoras de Salud-IPS.

**CAPÍTULO VI
DISPOSICIONES GENERALES**

ARTÍCULO 8. CRITERIOS Y PRINCIPIOS. Serán principios para la garantía del derecho a morir con dignidad bajo la modalidad de muerte médicamente asistida la autonomía individual, el libre desarrollo de la personalidad y la dignidad humana.

Asimismo, serán criterios para el trámite de la muerte médicamente asistida, los siguientes:

- i) **Prevalencia de la autonomía de la persona:** Los profesionales de la medicina y demás intervinientes en el proceso deberán analizar los casos atendiendo siempre a la voluntad de la persona.
- ii) **Celeridad:** el derecho a morir dignamente no puede dilatarse en el tiempo, pues ello implicaría imponer una carga excesiva a la persona. Debe ser ágil, rápido y sin ritualismos excesivos que alejen a la persona del goce efectivo del derecho.
- iii) **Oportunidad:** Implica que la voluntad de la persona sea cumplida a tiempo, sin que se prolongue excesivamente su sufrimiento al punto de causar su muerte en condiciones de dolor que, precisamente, quiso evitarse.
- iv) **Imparcialidad:** los profesionales de la salud y demás intervinientes en el proceso deberán ser neutrales en la aplicación de los procedimientos orientados a hacer efectivo el derecho a morir dignamente. No pueden sobreponer sus posiciones personales sean ellas de contenido ético, moral

o religioso que conduzcan a negar el derecho. En todo caso se respetará la objeción de conciencia.

- v) **Gratuidad:** la realización del procedimiento de muerte médicamente asistida será gratuito

ARTÍCULO 9. DE LA CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN PENAL. El profesional de la medicina que, como resultado de la solicitud, autorización, programación y hubiese realizado el procedimiento mediante el cual se hizo efectivo el derecho a morir dignamente bajo la modalidad de la muerte médicamente asistida con el fin de aliviar su sufrimiento de quien la solicita, quedará excluido de las sanciones penales previstas en el artículo 106 del Código Penal y de las demás sanciones penales o disciplinarias que se le pudieran adecuar por esta conducta, siempre que se cumpla con las condiciones y requisitos contemplados en la presente ley y sus reglamentos.

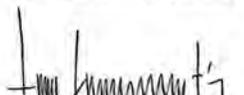
ARTÍCULO 10. Adiciónese un inciso al artículo 106 de la Ley 599 del 2000, el cual quedará así:

ARTÍCULO 106. HOMICIDIO POR PIEDAD. El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de dieciséis (16) a cincuenta y cuatro (54) meses.

Las sanciones previstas en este artículo, no aplicarán para el profesional de la medicina que, de acuerdo con la normatividad vigente y en el marco del ejercicio del derecho a morir dignamente, realice el procedimiento de muerte médicamente asistida.

ARTÍCULO 11. VIGENCIA. La presente ley rige desde su promulgación.

De los honorables congresistas,


JUAN FERNANDO REYES KURI
 Representante a la Cámara por el Valle del Cauca
 Partido Liberal

10. REFERENCIAS

Comunicado Corte Constitucional No. 27. Sentencia C-233 (Corte Constitucional, 2021)
 Sentencia C-239, M.P. Carlos Gaviria Díaz (Corte Constitucional 1997).
 Sentencia T-493, Antonio Barrera Carbonell (Corte Constitucional 1993).
 Sentencia T-970, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva (Corte Constitucional 2014).
 Resolución 1216. (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 (...)*. Ministerio de Salud y Protección Social.
 Resolución 0825 . (2018). *Por medio de la cual se reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes*. Ministerio de Salud y Protección Social.
 Reis de Castro, Cature, Pacelli, Silva, Rúcki & Ángelo. (2016). Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática. *Rev. bioét*, 355-367.
 Sentencia C-221, M.P.: Carlos Gaviria Díaz (Corte Constitucional 1994).
 Sentencia T-516 , M.P.: Antonio Barrera (Corte Constitucional 1998).
 Sentencia T-544, M.P.: Gloria Stella Ortiz (Corte Constitucional 2017).
 Sentencia T-721., M.P.: Antonio José Lizarazo (Corte Constitucional 2017).
 Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia*. Bogotá.
 Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Derecho de petición UTL JFRK*. Bogotá.
 Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Derecho de petición UTL JFRK*. Bogotá.
 Sentencia T-060, M.P.: Alberto Rojas (Corte Constitucional Boletín No. 22, 2020).
 Consejo de Estado (2019). Sentencia 02830, Sala Contenciosa Administrativa. M.P.: Carlos Enrique Moreno Rubio. Bogotá.
 Fernando Marín-Olalla (2018). La eutanasia: un derecho del siglo XXI. *Gaceta Sanitaria, Sociedad española de la salud pública y administración sanitaria*. Vol. 32. No. 4, pg. 381-382. Madrid, España.
 El País. El Parlamento portugués da el primer sí a la eutanasia. Obtenido de: https://elpais.com/sociedad/2020/02/20/actualidad/1582202350_889184.html?tsm=TW_CM
 Parliament of Victoria, Australia. Voluntary Assisted Dying Act 2017. Obtenido de: <https://content.legislation.vic.gov.au/sites/default/files/2020-06/17-81aa004%20authorised.pdf>
 Victoria State Government. Voluntary assisted dying: information for people considering voluntary assisted dying. Health and Human Services.
 Government of Victoria, Australia. Department of Health. Obtenido de: <https://www2.health.vic.gov.au/about/publications/policiesandguidelines/information-for-people-considering-voluntary-assisted-dying>
 Parliament of Western Australia. Voluntary Assisted Dying Act. 2019. Obtenido de: https://www.legislation.wa.gov.au/legislation/prod/filestore.nsf/FileURL/mrdoc_42491.pdf?FILE/Voluntary%20Assisted%20Dying%20Act%202019%20-%20%5B00-00-%20%5D.pdf?OpenElement
 Government of Western Australia. Department of Health. Voluntary assisted dying. Obtenido de: <https://www2.health.wa.gov.au/voluntaryassisteddying>
 Death with Dignity. Hawaii. Obtenido de: <https://www.deathwithdignity.org/states/hawaii/>
 House of Representatives, Our Care, Our Choice Act . State Of Hawaii. Obtenido de: <https://health.hawaii.gov/oppd/files/2018/11/OCOC-Act2.pdf>

DMD (2016). Dossier sobre la eutanasia. Traducción Ley de eutanasia Belga. Obtenido de: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Belgica.pdf>
 DMD (2016). Dossier sobre la eutanasia. Traducción Ley de Países Bajos. Obtenido de: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Paises-Bajos.pdf>
 DMD (2016). Dossier sobre la eutanasia. Traducción Ley de C-41 de Canadá. Obtenido de: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Canada.pdf>
 DMD (2016). Dossier sobre la eutanasia. Traducción Ley del Gran Ducado de Luxemburgo. Obtenido de: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutansia-Luxemburgo.pdf>
 DMD. Eutanasia y suicidio asistido en el mundo. Obtenido de: <https://derechoamorrir.org/eutanasia-mundo/>
 DMD. Libres hasta el final. Obtenido de: <https://libreshastaelfinal.org>
 ABC (2020). Alemania. Ayudar a morir vuelve a ser legal en Alemania. Obtenido de: <https://www.dw.com/es/ayudar-a-morir-vuelve-a-ser-legal-en-alemania/a-52544838>
 BBC (2020). "La búsqueda de la eutanasia me ha dado una razón para vivir": Ana Estrada, la primera persona que busca públicamente la muerte asistida en Perú. Obtenido de: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-50443631>
 Council of the District of Columbia (2016). Death with Dignity Act of 2016. Obtenido de: <https://www.deathwithdignity.org/wp-content/uploads/2016/11/DC-Death-with-Dignity-Act.pdf>
 Colorado, Department of public Health & Environment. Medical Aid in Dying. Colorado end of life options act. Obtenido de: <https://www.colorado.gov/pacific/cdphe/medical-aid-dying>
 Colorado secretary of state. End of life options act. Obtenido de: <https://www.sos.state.co.us/pubs/elections/initiatives/titleBoard/filings/2015-2016/145Final.pdf>
 Government of DC. Of Columbia. DC HEALTH, Deat with Dignity. Obtenido de: <https://www.deathwithdignity.org/wp-content/uploads/2019/09/DC-Death-with-Dignity-Patient-Education-Module-042618.pdf>
 DWD. How Death with Dignity Laws Work. Obtenido de: <https://www.deathwithdignity.org/learn/access/>
 New Jersey State Department of Health. Medical Aid in dying. Obtenido de: <https://www.state.nj.us/health/advancedirective/maid/>
 María Lampert Grassi (2019) Eutanasia en la legislación chilena. Biblioteca del congreso nacional de Chile. Asesoría técnica parlamentaria. Obtenido de: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27133/1/BCN_eutanasia_en_la_legislacion_chilena_FINAL.pdf
 CNN (2019). Vlado Mirosevic y eutanasia: "No estamos acostumbrados a que las libertades individuales salgan triunfantes del Congreso" Obtenido de: https://www.cnnchile.com/programas-completos/vlado-mirosevic-eutanasia-libertades-individuales-congreso_20190821/
 El Tiempo (2019). Quién era Vincent Lambert, símbolo de la eutanasia en Francia. Obtenido de: <https://www.eltiempo.com/mundo/europa/perfil-de-vincent-lambert-simbolo-de-la-eutanasia-en-francia-357040>
 Congreso de la Nación Argentina. Ley 26.742 "Modificase la Ley N° 26.529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud". Buenos Aires. Obtenida de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26742-197859/texto>

TEXTO APROBADO EN LA COMISIÓN PRIMERA DE LA HONORABLE CÁMARA DE REPRESENTANTES EN PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA No. 007 DE 2021 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN DISPOSICIONES PARA EL ACCESO POR PARTE DE MAYORES DE EDAD AL DERECHO FUNDAMENTAL A MORIR DIGNAMENTE, BAJO LA MODALIDAD DE MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA".

EL CONGRESO DE COLOMBIA,

DECRETA:

CAPÍTULO I
 OBJETO Y DEFINICIONES.

ARTÍCULO 1. OBJETO. Esta ley tiene como fin establecer disposiciones generales para el acceso por parte de mayores de edad al derecho a morir dignamente bajo la modalidad de muerte médicamente asistida; e igualmente, permitir la adecuación del esfuerzo terapéutico, garantizando la proporcionalidad terapéutica.

El derecho a morir dignamente es un derecho fundamental, íntimamente relacionado con la dignidad humana y con la autonomía individual, que le permite a la persona tener control y tomar todas las decisiones, libres e informadas, sobre el proceso de su muerte. Este derecho comprende todas las opciones al final de la vida; el cuidado integral del proceso de muerte, incluyendo el cuidado paliativo; la adecuación del esfuerzo terapéutico; y la muerte médicamente asistida.

ARTÍCULO 2. DEFINICIONES. Para el cumplimiento de esta ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

- i) **Documento de Voluntad anticipada-DVA:** Aquel en el que toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad pero en pleno uso de sus facultades legales y mentales, de forma preventiva, al no poder tomar tal decisión en el futuro, declara de manera libre, consciente e informada, su voluntad de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida y/o, en caso de ser procedente, por padecer de enfermedad terminal o enfermedad incurable avanzada, su voluntad de someterse al procedimiento de muerte médicamente asistida.

La voz (2019). Eutanasia, la discusión que nadie se anima a dar. Obtenido de: <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/eutanasia-discusion-que-nadie-se-anima-dar>
 Blog, Instituto Nal de las personas adultas mayores (2019). Ley de Voluntad Anticipada: El derecho a una muerte digna. Gobierno de México Obtenido de: <https://www.gob.mx/napam/articulos/ley-de-voluntad-anticipada-el-derecho-a-una-muerte-digna>
 El País (2020). La muerte asistida es legal en ocho países. Obtenida de: https://elpais.com/sociedad/2020/02/19/actualidad/1582115262_135029.html
 Woitha, Gerralda, Moreno, Clark & Centeno (2018). "Ranking of Palliative Care Development in the Countries of the European Union" publicado en el Journal of Pain and Symptom Management. Obtenido de: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0895-3924\(19\)30141-5/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0895-3924(19)30141-5/fulltext)
 DMD (2019). The Impact of Death with Dignity on Healthcare. Traducción DMD Madrid. Obtenido de: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2019/04/1904-Impacto-Leyes-Death-with-Dignity.pdf>
 Asuntos Legales (2020). ¿Bajo qué parámetros legales se puede ejecutar el procedimiento de eutanasia en Colombia?. Obtenido de: <https://www.asuntoslegales.com.co/consumidor/bajo-que-parametros-legales-se-puede-ejecutar-la-eutanasia-en-colombia-3068819>
 Battin, M. P., van der Heide, A., Ganzini, L., van der Wal, G., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2007). Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in "vulnerable" groups. *Journal of medical ethics*, 33(10), 591–597.
 Bernheim, J. L., Chambaere, K., Theuns, P., & Deliens, L. (2014). State of palliative care development in European Countries with and without legally regulated physician-assisted dying. *HEALTH CARE*, 2(1), 10–14.

<p>Los documentos de voluntad anticipada se consideran manifestaciones válidas del consentimiento si señalan de forma específica, clara, expresa e inequívoca la solicitud de realizar el procedimiento referido.</p> <p>ii) Enfermedad incurable avanzada: Aquella enfermedad o condición patológica cuyo curso es progresivo y gradual, con diversos grados de afectación, que se caracteriza por tener una respuesta variable a los tratamientos específicos y porque evolucionará hacia la muerte en mediano plazo.</p> <p>iii) Enfermedad terminal: Enfermedad médicamente comprobada avanzada, progresiva e incontrolable, que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico-psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a seis (6) meses.</p> <p>iv) Muerte médicamente asistida: Procedimiento médico por el cual un profesional de la medicina induce la muerte de manera anticipada a una persona que así lo ha solicitado de manera libre, informada, inequívoca y reiterada por el sufrimiento que padece causado por una enfermedad terminal, o lesión corporal o enfermedad incurable avanzada.</p> <p>v) Adecuación de los esfuerzos terapéuticos: La decisión de la persona de adaptar, retirar o no iniciar el plan de tratamiento terapéutico cuando este no cumple con los principios de proporcionalidad terapéutica, o la persona no lo considera útil para sus intereses conforme a su condición médica o a su criterio de vida digna.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO II REQUISITOS DE LA SOLICITUD</p> <p>ARTÍCULO 3. REQUISITOS. Para la autorización de la realización del procedimiento de muerte médicamente asistida, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:</p> <p>i) Ser mayor de 18 años de edad. ii) Presentar una enfermedad terminal, o lesión corporal o enfermedad incurable avanzada, en los términos de la presente ley. iii) Presentar un sufrimiento causado por la enfermedad que padece. iv) Capacidad y competencia mental para manifestar el consentimiento libre, inequívoco, informado y reiterado.</p>	<p>v) Únicamente un profesional de la medicina podrá llevar a cabo la muerte médicamente asistida.</p> <p>Están excluidos de la aplicación de la presente ley los menores de edad.</p> <p>ARTÍCULO 4. DEL CONSENTIMIENTO. El consentimiento deberá ser libre, inequívoco, informado y reiterado.</p> <p>Serán admisibles las declaraciones de voluntad anticipada expresadas de forma escrita o a través de lenguajes aumentativos y alternativos de comunicación, por audios, videos y otros medios tecnológicos que permitan establecer con claridad la manifestación del consentimiento de la persona ante notario.</p> <p>Si existe por parte de la persona solicitante distintas manifestaciones del consentimiento y estas se contradicen entre sí, prevalecerá la última.</p> <p>En cualquier momento del trámite de autorización de la muerte médicamente asistida la persona solicitante podrá desistir de su solicitud y optar por otras alternativas en el marco del derecho a morir dignamente.</p> <p>Toda persona mayor de edad, capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades legales y mentales podrá, en el marco del ejercicio del derecho a morir dignamente, suscribir un Documento de Voluntad Anticipada y solicitar a su Entidad Promotora de Salud-EPS o ante un médico la consignación de este documento en su historia clínica.</p> <p>PARÁGRAFO PRIMERO. Las personas mayores de edad con y/o en situación de discapacidad como sujetos de derechos y en ejercicio de su capacidad en igualdad de condiciones, podrán contar con apoyos o solicitar los ajustes razonables requeridos para la comunicación de su voluntad y la comprensión de la información del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir dignamente, conforme a lo dispuesto en la Ley 1996 de 2019, o las que la modifiquen o deroguen.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo relacionado con las directrices anticipadas suscritas por las personas con y/o en situación de discapacidad en un término de seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.</p>
<p>PARÁGRAFO SEGUNDO. El consentimiento podrá ser previo a la ocurrencia de la enfermedad terminal o enfermedad incurable avanzada. En ese sentido, los documentos de voluntades anticipadas se considerarán manifestaciones válidas de consentimiento y no requerirán reiteración posterior. Tampoco se requerirá la reiteración del consentimiento en el caso en que la persona solicitante hubiese presentado la solicitud de manera persistente y posteriormente esta se encuentre ante la imposibilidad de reiterar su decisión.</p> <p>Para efectos de la presente disposición, debe entenderse que una persona presentó una solicitud de manera persistente, cuando lo hizo en dos o más ocasiones.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO III DE LA SOLICITUD</p> <p>ARTÍCULO 5. DE LA SOLICITUD. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará en un término de seis (6) meses, contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, el trámite de la solicitud de acuerdo con los siguientes parámetros:</p> <p>i) La solicitud de la muerte médicamente asistida podrá ser verbal o escrita. ii) Se dispondrá de un formato único para la solicitud, en caso de ser escrita. iii) Se atenderán los principios y criterios contenidos en el artículo 8 de la presente ley. iv) Se contará con un proceso de doble verificación o reiteración de la voluntad del solicitante y de los requisitos establecidos en la presente ley. v) El médico que recibe la solicitud y el Comité Interdisciplinario serán los encargados de realizar las correspondientes valoraciones. vi) Se determinará la forma en la cual se realizará el proceso asistencial para verificar el cumplimiento de requisitos para solicitar la muerte médicamente asistida por parte de los equipos médicos, y sugerirá a los médicos e instituciones protocolos para realizar tales valoraciones. vii) Las valoraciones médicas mediante las cuales se verificará el cumplimiento de los requisitos deberán realizarse en máximo 10 días calendario. viii) Se garantizará el deber de información. El médico deberá informar al paciente su condición médica y las distintas opciones de tratamiento a las que puede acceder, entre ellas el cuidado paliativo, la adecuación del esfuerzo terapéutico, entre otras. La recepción de dichos tratamientos no podrá ser obligatorio o tomarse como un requisito para solicitar la muerte médicamente asistida o como limitante la autonomía del paciente. ix) El procedimiento de muerte médicamente asistida se programará atendiendo el interés y la voluntad de la persona solicitante. En todo caso, el Comité Interdisciplinario vigilará que el procedimiento se realice en la fecha que la persona determine.</p>	<p>x) Se contará con un sistema de reporte de las actuaciones realizadas por parte del equipo médico y el Comité Científico- Interdisciplinario para Morir Dignamente. De igual manera, todas estas actuaciones deberán registrarse en la historia clínica del paciente, desde el momento en el que se recibe la solicitud.</p> <p>xi) Se dispondrá de un sistema de identificación prioritaria de solicitudes en Las Entidades Promotoras de Salud-EPS y Instituciones Prestadoras de Salud –IPS.</p> <p>xii) Se dispondrá de un procedimiento en caso de rechazo de la solicitud o en el que se requiera una segunda valoración médica en cada una de las etapas del trámite de la solicitud.</p> <p>xiii) Toda persona tendrá derecho a ser informada sobre las razones por las cuales fue aprobada o rechazada la realización del procedimiento de la muerte médicamente asistida.</p> <p>xiv) El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de sus funciones de Inspección, Vigilancia y Control, determinará si los procedimientos realizados para garantizar el acceso al derecho a morir dignamente fueron idóneos y se cumplieron los requisitos determinados en la presente ley.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO IV EL COMITÉ CIENTÍFICO-INTERDISCIPLINARIO PARA MORIR DIGNAMENTE</p> <p>ARTÍCULO 6. DEL COMITÉ CIENTÍFICO-INTERDISCIPLINARIO. Las Entidades Promotoras de Salud-EPS deberán contar dentro de las Instituciones Prestadoras de Salud –IPS con un Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente.</p> <p>El Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente, o quien haga sus veces, será quien desde una perspectiva médica verifique únicamente el cumplimiento de los requisitos fijados en la presente ley para la autorización y programación del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir dignamente bajo la modalidad de muerte médicamente asistida. En ningún caso, el Comité podrá evaluar la pertinencia y conveniencia de la manifestación del consentimiento de la persona solicitante.</p> <p>Las Entidades Promotoras de Salud-EPS tendrán un deber de coordinación de los Comités Interdisciplinarios que se encuentren creados en Instituciones Prestadoras de Salud –IPS vinculadas a su oferta de servicios. Esta coordinación deberá garantizar siempre la continuidad de la prestación del servicio y el ejercicio de los derechos de las personas solicitantes. Para garantizarlo deberán tener una instancia de coordinación la cual será la dependencia encargada de gestionar, coordinar y garantizar la prestación de los servicios relacionados con el derecho a morir dignamente.</p>

PARÁGRAFO PRIMERO. Los integrantes del Comité no podrán ser objetores de conciencia del procedimiento eutanásico, condición que se declarará en el momento de la conformación de este. De igual manera, deberán manifestar, en cada caso, los conflictos de intereses que puedan afectar las decisiones que deban adoptar.

PARÁGRAFO SEGUNDO. La participación de los integrantes del Comité es indelegable. No obstante, por razones de fuerza mayor, caso fortuito o por existencia de conflictos de intereses manifiesta, la IPS deberá designar, de manera inmediata, el profesional que lo reemplace del respectivo perfil.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo dispuesto en este artículo en un término de seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

**CAPÍTULO V
OBJECCIÓN DE CONCIENCIA**

ARTÍCULO 7. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA. El médico o el equipo médico asignado para la realización del procedimiento con el que se hará efectivo el derecho a morir dignamente bajo la modalidad de muerte médicamente asistida, podrá ejercer su derecho a la objeción de conciencia para realizar el procedimiento. Esta deberá comunicarse, inmediatamente al conocimiento de la solicitud mediante escrito y debidamente motivada.

El médico que se encuentre atendiendo el trámite de la solicitud y los integrantes del Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente no podrán ser objetores de conciencia.

De igual manera, los intervinientes en el trámite de la solicitud deberán manifestar, en cada caso, los conflictos de intereses que puedan afectar las decisiones que deban adoptar. Tampoco procede la objeción de conciencia Institucional por parte de las Entidades Promotoras de Salud-EPS o Instituciones Prestadoras de Salud-IPS.

**CAPÍTULO VI
DISPOSICIONES GENERALES**

ARTÍCULO 8. CRITERIOS Y PRINCIPIOS. Serán principios para la garantía del derecho a morir con dignidad bajo la modalidad de muerte médicamente asistida la autonomía individual, el libre desarrollo de la personalidad y la dignidad humana.

Asimismo, serán criterios para el trámite de la muerte médicamente asistida, los siguientes:

- i) **Prevalencia de la autonomía de la persona:** Los profesionales de la medicina y demás intervinientes en el proceso deberán analizar los casos atendiendo siempre a la voluntad de la persona.
- ii) **Celeridad:** el derecho a morir dignamente no pueda dilatarse en el tiempo, pues ello implicaría imponer una carga excesiva a la persona. Debe ser ágil, rápido y sin ritualismos excesivos que alejen a la persona del goce efectivo del derecho.
- iii) **Oportunidad:** implica que la voluntad de la persona sea cumplida a tiempo, sin que se prolongue excesivamente su sufrimiento al punto de causar su muerte en condiciones de dolor que, precisamente, quiso evitarse.
- iv) **Imparcialidad:** los profesionales de la salud y demás intervinientes en el proceso deberán ser neutrales en la aplicación de los procedimientos orientados a hacer efectivo el derecho a morir dignamente. No pueden sobreponer sus posiciones personales sean ellas de contenido ético, moral o religioso que conduzcan a negar el derecho. En todo caso se respetará la objeción de conciencia.
- v) **Gratuidad:** la realización del procedimiento de muerte médicamente asistida será gratuito

ARTÍCULO 9. DE LA CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN PENAL. El profesional de la medicina que, como resultado de la solicitud, autorización, programación y hubiese realizado el procedimiento mediante el cual se hizo efectivo el derecho a morir dignamente bajo la modalidad de la muerte médicamente asistida con el fin de aliviar su sufrimiento de quien la solicita, quedará excluido de las sanciones penales previstas en el artículo 106 del Código Penal y de las demás sanciones penales o disciplinarias que se le pudieran adecuar por esta conducta, siempre que se cumpla con las condiciones y requisitos contemplados en la presente ley y sus reglamentos.

ARTÍCULO 10. Adiciónese un inciso al artículo 106 de la Ley 599 del 2000, el cual quedará así:

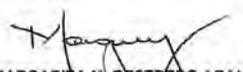
ARTÍCULO 106. HOMICIDIO POR PIEDAD. El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de dieciséis (16) a cincuenta y cuatro (54) meses.

Las sanciones previstas en este artículo, no aplicarán para el profesional de la medicina que, de acuerdo con la normatividad vigente y en el marco del ejercicio del derecho a morir dignamente, realice el procedimiento de muerte médicamente asistida.

ARTÍCULO 11. VIGENCIA. La presente ley rige desde su promulgación

En los anteriores términos fue aprobado con modificaciones el presente Proyecto de Ley Estatutaria según consta en Actas Nos. 10 de Sesión Presencial de agosto 24 de 2021 y Acta No. 11 de Sesión Presencial de agosto 25 de 2021. Anunciado entre otras fechas, el 18 de agosto de 2021 según consta en Acta No. 09 de Sesión Presencial y en agosto 24 de 2021 según consta en Acta No. 10 de sesión Presencial.


JUAN FERNANDO REYES KURI
Ponente Coordinador


MARGARITA M. RESTREPO ARANGO
Vicepresidenta


AMPARO Y. VALBERÓN PERDOMO
Secretaria