



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXI - N° 955

Bogotá, D. C., miércoles, 24 de agosto de 2022

EDICIÓN DE 60 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariasenado.gov.co

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

UTL-001-2022-PN

INFORME DE PONENCIA NEGATIVA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA NÚMERO 006 DE 2022 CÁMARA

por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida y se dictan otras disposiciones (Eutanasia).

Bogotá, D. C., 18 de agosto de 2022

Honorable Representante

JUAN CARLOS WILLS OSPINA

Presidente

Comisión Primera Constitucional

Cámara de Representantes

Ciudad.

Referencia: Informe de ponencia de archivo para primer debate al Proyecto de Ley Estatutaria número 006 de 2022 Cámara.

Honorable Representante:

Dando cumplimiento al encargo hecho por la Honorable Mesa Directiva de la Comisión Primera Constitucional de la Cámara de Representantes del Congreso de la República y de conformidad con lo establecido en el artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, me permito rendir Informe de Ponencia de archivo para Primer Debate del Proyecto de Ley Estatutaria número 006 de 2022 Cámara, *por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida y se dictan otras disposiciones (Eutanasia)*, con base en las siguientes consideraciones.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. TRÁMITE DE LA INICIATIVA

El Proyecto de Ley Estatutaria número 006 de 2022 Cámara fue radicado el 21 de julio del 2022, por los Honorables Representantes Juan Carlos Lozada Vargas, Andrés David Calle Aguas, Julián Peinado Ramírez, María del Mar Pizarro García, Jennifer Dalley Pedraza Sandoval, David Ricardo Racero Mayorca, Diógenes Quintero Amaya, Gabriel Becerra Yáñez, Luis Alberto Albán Urbano, Leyla Marleny Rincón Trujillo, Alfredo Mondragón Garzón, Jorge Andrés Cancimance López, Carlos Alberto Carreño Marín, Catherine Juvinao Clavijo, Santiago Osorio Marín, María Fernanda Carrascal Rojas, Luvi Katherine Miranda Peña, Martha Lisbeth Alfonso Jurado, Dolcey Óscar Torres Romero, Daniel Carvalho Mejía, Jezmi Lizeth Barraza Arraut, Germán Rogelio Rozo Anís y por los Honorables Senadores Alejandro Vega Pérez, Humberto de la Calle Lombana, María José Pizarro Rodríguez, Alejandro Carlos Chacón Camargo, Inti Raúl Asprilla Reyes, Omar de Jesús Restrepo Correa, Wilson Arias Castillo, Yuly Esmeralda Hernández Silva, Iván Cepeda Castro y Griselda Lobo Silva.

El proyecto fue remitido a la Comisión Primera Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes donde se designó como coordinadores ponentes al Honorable Representante Juan Carlos Lozada Vargas y al Honorable Representante Gabriel Becerra Yáñez. Fueron también designados como ponentes los Honorables Representantes Luis Alberto Albán, James Hermenegildo Mosquera Torres, Juan Daniel Peñuela Calvache, José Jaime Uscátegui, Santiago Osorio Marín y las Honorables Representantes Adriana Carolina Arbeláez Giraldo, Astrid Sánchez Montes de Oca y Marelen Castillo Torres.

2. OBJETO DE LA LEY

El objeto del presente proyecto de ley estatutaria es regular el acceso al derecho fundamental a la muerte digna en la modalidad de muerte médicamente asistida y garantizar la seguridad jurídica de las personas involucradas en el procedimiento por medio del cual se aplica la muerte médicamente asistida.

3. ANTECEDENTES

Desde 1998 ante el Congreso de la República se han radicado y tramitado más de 11 iniciativas legislativas similares, encaminadas a reglamentar el derecho de acceso a la muerte digna- “Eutanasia”.

Durante el anterior periodo constitucional del Congreso de la República (2018-2022) se radicaron cinco de esas once iniciativas:

(i). Proyecto de ley número 204 de 2019 Cámara, presentado por los Honorables Representantes Juan Fernando Reyes Kuri, Carlos Adolfo Ardila Espinosa, Elizabeth Jay-Pang Díaz, Álvaro Henry Monedero Rivera y Hernán Gustavo Estupiñán Calvache y se materializó en el Proyecto de ley número 204 de 2019 Cámara. Si bien la iniciativa fue aprobada por la Comisión Primera de la Cámara de Representantes, fue archivada en sesión plenaria de la Cámara de Representantes de conformidad con lo previsto por el artículo 119 de la Ley 5ª de 1992.

(ii). Proyecto de Ley Estatutaria número 063 de 2020 Cámara, autores los Honorables Senadores Horacio José Serpa Moncada, Armando Alberto Benedetti Villaneda, Julián Bedoya Pulgarín, Luis Fernando Velasco Chaves, Guillermo García Realpe, Andrés Cristo Bustos y los Honorables Representantes Juan Fernando Reyes Kuri, Elizabeth Jay-Pang Díaz, Luis Alberto Albán Urbano, Carlos Adolfo Ardila Espinosa, José Daniel López Jiménez, Mauricio Andrés Toro Orjuela, Jaime Rodríguez Contreras, María José Pizarro Rodríguez, Hernán Gustavo Estupiñán Calvache, Harry Giovanni González García, Elbert Díaz Lozano, Jorge Eliécer Tamayo Marulanda, Rodrigo Arturo Rojas Lara, Nubia López Morales, Álvaro Henry Monedero Rivera, Norma Hurtado Sánchez, John Arley Murillo Benítez, Juanita María Goebertus Estrada, Alfredo Rafael Deluque Zuleta, Catalina Ortiz Lalinde, Jezmi Lizeth Barraza Arraut, Fabio Fernando Arroyave Rivas, Julián Peinado Ramírez, Jorge Méndez Hernández, Alejandro Alberto Vega Pérez, Ángela María Robledo Gómez, Jorge Enrique Benedetti Martelo, César Augusto Lorduy Maldonado, Flora Perdomo Andrade, Carlos Germán Navas Talero, Katherine Miranda Peña y Juan Carlos Lozada Vargas. Proyecto

archivado por la Plenaria de la Cámara de Representantes.

(iii). Proyecto de Ley Estatutaria número 007 de 2021 Cámara, presentada la iniciativa por los autores los Honorables Senadores Guillermo García Realpe, Victoria Sandino Simanca Herrera, Antonio Sanguino Páez, Iván Cepeda Castro, Temístocles Ortega Narváz, Jorge Eduardo Londoño Ulloa, Armando Alberto Benedetti Villaneda, Andrés Cristo Bustos, Juan Luis Castro Córdoba, Luis Fernando Velasco Chaves, Horacio José Serpa, Angélica Lisbeth Lozano Correa, y por los Honorables Representantes Juan Fernando Reyes Kuri, José Daniel López Jiménez, Carlos Adolfo Ardila Espinosa, Mauricio Andrés Toro Orjuela, Elizabeth Jay-Pang Díaz, John Arley Murillo Benítez, John Jairo Roldán Avendaño, Jezmi Lizeth Barraza Arraut, Jorge Enrique Benedetti Martelo, Carlos Germán Navas Talero, José Luis Correa López, Jaime Rodríguez Contreras, Rodrigo Arturo Rojas Lara, Juanita María Goebertus Estrada, Alejandro Alberto Vega Pérez, León Fredy Muñoz Lopera, Ángel María Gaitán Pulido, Hernán Gustavo Estupiñán Calvache, Norma Hurtado Sánchez, Faber Alberto Muñoz Cerón, Jorge Méndez Hernández, Katherine Miranda Peña, María José Pizarro Rodríguez, Catalina Ortiz Lalinde, Andrés David Calle Aguas, Jorge Eliécer Tamayo Marulanda, Jairo Reinaldo Cala Suárez, Mauricio Parodi Díaz, David Ricardo Racero Mayorca, Álvaro Henry Monedero Rivera, Alejandro Carlos Chacón Camargo, Luciano Grisales Londoño, Luis Alberto Albán Urbano, César Augusto Lorduy Maldonado y Juan Carlos Losada Vargas.

Proyecto aprobado por la Comisión Primera de la Cámara de Representantes, pero archivado por la Plenaria de la misma Corporación.

(iv). En el Senado de la República se presentó la cuarta iniciativa legislativa, a través del Proyecto de ley número 70 de 2020 Senado cuyo autor fue el Honorable Senado Armando Benedetti. Tampoco prosperó y fue archivado de conformidad con lo señalado en el artículo 153 de la Ley 5ª de 1992.

(v). Por iniciativa gubernamental del Ministerio de Salud y Protección Social, se presentó ante Senado el Proyecto de Ley Estatutaria número 355 de 2020 Senado. Archivada de conformidad con lo previsto por el artículo 153 de la Ley 5ª de 1992.

El Proyecto de Ley Estatutaria número 006 de 2021, adopta como base el articulado y la exposición de motivos plasmada en el Proyecto de Ley Estatutaria número 007 de 2021 Cámara; proyecto que reitero fue aprobado por la Comisión Primera de

la Cámara de Representantes, pero archivado por la Plenaria de la misma Corporación.

4. ESTRUCTURA DEL PROYECTO DE LEY

El Proyecto de Ley Estatutaria número 006 de 2021 Cámara, contiene cinco (v) títulos y cincuenta y cuatro (54) artículos incluyendo la vigencia:

Título I: Disposiciones Generales

Título II: Proceso para acceder al derecho a la muerte digna en la modalidad de muerte médicamente asistida tratándose de personas mayores de edad.

Título III: Proceso para acceder al Derecho a muerte digna en la modalidad de muerte médicamente asistida tratándose de niños, niñas y adolescentes.

Título IV: Sin Título.

Título V: Disposiciones Finales.

5. CONSIDERACIONES

1. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS DE LOS AUTORES

Los principales argumentos esbozados en la exposición de motivos de la iniciativa se pueden resumir en las premisas de un recuento de los desarrollos constitucionales, jurisprudenciales, legales y reglamentarios que han configurado el estado actual de casos desde una perspectiva jurídica del derecho a la muerte digna.

De otro lado, precisan los autores que el derecho a morir dignamente es un derecho fundamental, estrechamente relacionado con la dignidad humana, con la autonomía individual, con la intimidad, con la salud y con el libre desarrollo de la personalidad. Pese a ello, es un derecho autónomo e independiente 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 tres dimensiones o modalidades relacionadas con el final de la vida, a saber: los cuidados paliativos; la adecuación o abandono del esfuerzo terapéutico; y la muerte médicamente asistida, también conocida como eutanasia.

Afirman los autores que desde 1993 por vía jurisprudencial se inició la construcción normativa de ese derecho. Entre 1997 y el 2021 la Corte Constitucional reconoció la muerte digna como derecho fundamental y fijó las subreglas jurisprudenciales que delimitan su núcleo esencial, su alcance y las condiciones mínimas que han de ser observadas para su garantía y goce efectivo.

Pese a que durante los últimos 25 años se han sucedido 9 sentencias del Alto Tribunal el Congreso de la República no ha regulado la materia. Ello ha dado lugar a un considerable vacío normativo que ha sido llenado parcialmente por parte del Ministerio de Salud y Protección Social por vía reglamentaria mediante tres resoluciones que actualmente se encuentran vigentes.

Las referidas normas han sido producto de órdenes de la Corte Constitucional en virtud de desarrollos casuísticos y desagregados. Por ende, las resoluciones y las materias que abarcan responden a la conciencia paulatina del Estado sobre barreras que afectan a la población en su esfuerzo por acceder y gozar plenamente del derecho a la muerte digna. Así las cosas, pese a constituir desarrollos relevantes en los esfuerzos estatales por solucionar la problemática resultan insuficientes.

La inacción del Legislativo por regular la materia en un rango estatutario ha dado lugar a que no exista aún una regulación legal que le otorgue la debida seguridad jurídica y estabilidad a la ciudadanía en general en el acceso al derecho ni a los profesionales de la salud en la prestación de los servicios que garanticen el goce efectivo de la muerte digna.

Con respecto, al derecho a morir dignamente y la muerte médicamente asistida, precisan los siguientes aspectos:

El derecho a la muerte digna

Es un derecho fundamental, independiente y autónomo. Reconocido como tal por vía jurisprudencial desde 1997. Guarda conexidad y se convierte en medio para el ejercicio y goce efectivo de otros derechos fundamentales y principios constitucionales como la dignidad humana, la autonomía, la intimidad, el libre desarrollo de la personalidad, la salud y la vida.

Para su ejercicio es requisito fundamental la manifestación del consentimiento y para ello se hace necesario el acceso a la información del paciente. A su vez, acceder a servicios de salud resulta necesario para gozar efectivamente de ese derecho. La muerte digna le permite a la persona tener control y tomar las decisiones que considere más adecuadas y compatibles con su concepción de vida digna respecto de todo el proceso de su muerte y del final de su vida.

La muerte digna es un derecho complejo integrado por tres dimensiones o modalidades, a saber: los cuidados paliativos, la adecuación o renuncia al esfuerzo terapéutico y la muerte médicamente asistida, también conocida como eutanasia.

Esas dimensiones no son excluyentes por lo que para gozar del derecho a la muerte digna no es dable exigir que la persona use alguna en particular en desmedro de otra(s) ni tampoco es dable imponer un orden o secuencia temporal en su uso. Por el contrario, si en ejercicio de la autonomía de la voluntad la persona opta por acudir a las diferentes modalidades de manera concomitante puede hacerlo.

La muerte médicamente asistida

También conocida como eutanasia es uno de los tres mecanismos o dimensiones mediante las cuales es posible ejercer el derecho fundamental a morir dignamente. Es entendida como el procedimiento médico por medio del 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 como medio para detener el sufrimiento intolerable que padece.

Es preciso advertir que un error común es considerar que la eutanasia o la muerte médicamente asistida equivalen a los procesos eugenésicos que por ser discriminadores y atentar contra la dignidad humana son incompatibles con nuestra Carta Política. El tratadista Marín Olalla (2018) aclara la confusión al precisar que en realidad la eutanasia o la muerte médicamente asistida no puede comprenderse bajo los lentes del homicidio.

- FUNDAMENTOS JURÍDICOS DEL PROYECTO

En Colombia el derecho a morir dignamente fue reconocido por vía jurisprudencial por intermedio de la Sentencia C-239 de 1997 de la Corte Constitucional. En virtud de dicha providencia, Colombia se convirtió en el primer Estado de la región en reconocer tal posibilidad como un derecho.

CONSTITUCIONALES

Resaltan que el derecho a la muerte digna guarda estrecha relación con otros derechos fundamentales como el libre desarrollo de la personalidad, la autonomía, el derecho a la vida que comporta la muerte como último acto de la persona, la dignidad humana y la igualdad.

Así las cosas, la regulación por vía estatutaria del derecho a la muerte digna desarrolla sendas normas constitucionales dentro de las que se encuentran:

“Artículo 1º. 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 2º. Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.”

“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.

El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.

El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.”

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”.

“Artículo 18. Se garantiza la libertad de conciencia. Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas ni obligado a actuar contra su conciencia”.

LEGALES

Ley 1733 de 2014. Ley 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”.*

La Ley 1722 de 2014, dicha regulación hace referencia a los cuidados paliativos, por lo que define los criterios para identificar a los sujetos que pueden ser tenidos como enfermos terminales o con enfermedades degenerativas, irreversibles. Estas pueden ser tanto físicas como mentales. La ley reconoce que esas afectaciones comportan un significativo impacto en la calidad de vida de la persona y en consecuencia reconoce para esas personas y sus familias las siguientes prerrogativas:

1. **Derecho al cuidado paliativo:** *Todo paciente afectado por enfermedad terminal, crónica, degenerativa, irreversible de alto impacto en la calidad de vida tiene derecho a solicitar libre y espontáneamente la atención integral del cuidado médico paliativo. Las actividades y servicios integrales del cuidado paliativo se deberán prestar de acuerdo al Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud y las guías de manejo que adopten el Ministerio de Salud y Protección Social y la CRES.*
2. **Derecho a la información:** *Todo paciente que sea diagnosticado de una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible, tiene derecho a recibir información clara, detallada y comprensible, por parte del médico tratante, sobre su diagnóstico, estado, pronóstico y las alternativas terapéuticas de atención paliativa propuestas y disponibles, así como de los riesgos y consecuencias en caso de rehusar el tratamiento ofrecido. En todo momento la familia del paciente igualmente*

tendrá derecho a la información sobre los cuidados paliativos y a decidir sobre las alternativas terapéuticas disponibles en caso de incapacidad total del paciente que le impida la toma de decisiones.

3. *Derecho a una segunda opinión: El paciente afectado por una enfermedad a las cuales se refiere esta ley, podrá solicitar un segundo diagnóstico dentro de la red de servicios que disponga su EPS o entidad territorial.*
4. *Derecho a suscribir el documento de Voluntad Anticipada: Toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades legales y mentales, con total conocimiento de las implicaciones que acarrea el presente derecho podrá suscribir el documento de Voluntad Anticipada. En este, quien lo suscriba indicará sus decisiones, en el caso de estar atravesando una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que eviten prolongar una vida digna en el paciente y en el caso de muerte su disposición o no de donar órganos.*
5. *Derecho a participar de forma activa en el proceso de atención y la toma de decisiones en el cuidado paliativo:*

Los pacientes tendrán el derecho a participar de forma activa frente a la toma de decisiones sobre los planes terapéuticos del cuidado paliativo.

6. *Derechos de los Niños y Adolescentes: Si el paciente que requiere cuidados paliativos es un niño o niña menor de catorce (14) años, serán sus padres o adultos responsables de su cuidado quienes elevarán la solicitud. Si el paciente es un adolescente entre catorce (14) y dieciocho (18) años, él será consultado sobre la decisión a tomar.*
7. *Derecho de los familiares. Si se trata de un paciente adulto que está inconsciente o en estado de coma, la decisión sobre el cuidado paliativo la tomará su cónyuge e hijos mayores y faltando estos sus padres, seguidos de sus familiares más cercanos por consanguinidad."*

Normas que han sido desarrolladas por vía reglamentaria, eminentemente a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.

Ley 2055 de 2020. *"Por medio de la cual se aprueba la "convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores", adoptada en Washington, el 15 de junio de 2015."*

En virtud de la adopción del referido instrumento de derechos humanos en el ámbito interamericano, el Estado se obligó a adoptar medidas que garanticen los cuidados paliativos a las personas mayores. Estas obligaciones también tienen alcance sobre la familia y el entorno de los pacientes. Así, se establece el

reconocimiento de ciertos derechos como el de la salud, y el de recibir servicios de cuidado a largo plazo. Así las cosas, los cuidados paliativos se tienen como constitutivos de un derecho humano que el Estado colombiano está en obligación de proteger y garantizar.

REGLAMENTARIOS

Resolución 13437 de 1991 expedida por el Ministerio de Salud *"por la cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes"*.

Resolución 1216 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. *"Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la Sentencia T-980 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad"*.

Fijó los parámetros generales para garantizar el derecho a morir dignamente, así como la conformación y funciones de los comités científico-interdisciplinarios. Esta resolución fue derogada por la Resolución 971 de 2021, también expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Resolución 0825 de 2018 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. *"Por medio de la cual se reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes"*.

Se establecieron los parámetros generales para acceder al derecho a morir dignamente en niños, niñas y adolescentes.

Así, definió el derecho a los cuidados paliativos pediátricos, dispuso criterios para la toma de decisiones de niños, niñas y adolescentes en el ámbito médico y dispuso una comprensión diferencial sobre la comprensión de la muerte en esta población de acuerdo con cuatro rangos de edad: 0 a 3 años, 3 a 6 años, 6 a 12 años y a partir de los 12 años en adelante.

Resolución 2665 de 2018 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. *"Por medio de la cual se reglamenta parcialmente la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada"*.

Este acto dispone entre otras, el contenido, los requisitos, formas y condiciones para que las voluntades anticipadas se consideren válidas y para que los interesados tengan acceso y puedan manifestar su voluntad por intermedio del referido documento.

Resolución 229 de 2020 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social *"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"*.

Resolución 971 de 2021 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social “*Por medio de la cual se establece el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer Efectivo el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia*”.

Este acto dio cumplimiento a las órdenes dadas por la Corte Constitucional en las Sentencias T-970 de 2014 y T-423 de 2017 y actualizó el procedimiento previsto en la Resolución 1216 de 2015.

Estableció las condiciones y particularidades del procedimiento para ejercer el derecho a la muerte digna bajo la modalidad de eutanasia. Fijó, entre otros, como requisito ser ciudadano colombiano o siendo extranjero probar un año de residencia ininterrumpida en el país.

Esta es la norma más actualizada y completa para guiar las acciones del talento humano en salud y del personal médico, de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y de los ciudadanos en lo que tiene que ver con el acceso y goce del derecho a la muerte digna por medio de la eutanasia.

JURISPRUDENCIALES

Sentencia T-493 de 1993 la Honorable Corte Constitucional reconoció por primera vez la relación existente entre los derechos fundamentales a la intimidad personal y familiar, el libre desarrollo de la personalidad y la decisión autónoma e individual de no continuar con un tratamiento médico.

Es importante notar que en aquel entonces la eutanasia estaba tipificada en el Código Penal como homicidio por piedad con fines altruistas. Si bien el caso que llevó a la decisión de la Corte no versaba sobre la aplicación de la eutanasia, ni con un caso de homicidio con piedad o con fines altruistas, esta decisión la decisión fue relevante toda vez que vinculó por vez primera el reconocimiento y ejercicio de ciertos derechos fundamentales a través del respeto de las decisiones personales relativas al uso o continuidad de tratamientos médicos.

Sentencia C-239 de 1997, con ponencia del Magistrado Carlos Gaviria Díaz, el Alto Tribunal reconoció que la vida digna guarda estrecha relación y se materializa con el acceso al derecho de una muerte digna. Ello, al considerar que una enfermedad puede hacer que la vida sea incompatible con el concepto de dignidad y calidad de vida que detente cada individuo.

Sentencia T-970 de 2014 el Alto Tribunal volvió a exhortar al Legislativo y al Ministerio de Salud a regular el acceso a la muerte digna y en particular a la eutanasia, notando que el vacío normativo existente en la materia ponía en riesgo el acceso al derecho a la muerte digna y la efectividad de las órdenes impartidas por el alto tribunal en la referida providencia de 1997.

Reiteró las tres condiciones fijadas desde 1997 que debe observar el legislador y que obran para que una persona pueda acceder a la eutanasia, a saber:

“(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 T-132 de 2016. En aquella providencia reiteró como una condición entonces necesaria para acceder a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida que la persona sufriera una enfermedad terminal.

Sentencia T-322 de 2017 la Corte Constitucional reiteró la importancia de que el consentimiento de acceder a la muerte médicamente asistida fuera reiterado. Así, regló el deber de constatación de la voluntad, especialmente cuando hay circunstancias concomitantes a la enfermedad como abandono o sensaciones de soledad.

Sentencia T-423 de 2017. En esa decisión ordenó a entidades públicas y privadas adoptar medidas para evitar que las barreras de acceso propias del sistema de salud y de los actores involucrados en la prestación de los servicios de salud impidieran el goce efectivo del derecho a la muerte digna.

Sentencia T-721 de 2017 con ocasión de la cual expresó que:

“El derecho fundamental a morir con dignidad tiene múltiples dimensiones y no es unidimensional, como hasta ahora se ha concebido, haciendo énfasis en la muerte anticipada o el procedimiento denominado “eutanasia”, pues se trata de un 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-544 de 2017. En dicha providencia reconoció que la eutanasia no debía estar proscrita para niños, niñas y adolescentes pues al ser un derecho fundamental no puede estar restringido por un criterio de edad. Además, reconoció que tal prerrogativa desarrolla el principio del interés superior del menor.

Sentencia T-060 de 2020 el Alto Tribunal ha seguido insistiendo en la necesidad de que el Congreso expida una regulación legal de la materia. Lo anterior, al notar que el vacío normativo respecto del ejercicio del derecho a la muerte digna ponía en riesgo el ejercicio de ese derecho. Específicamente identificó ese riesgo en el caso de los pacientes que no están en capacidad de manifestar su voluntad y que no han dejado un documento de voluntad anticipada.

Sentencia C-233 de 2021. El Alto Tribunal amplió las causales para acceder a la muerte médicamente asistida como medio para ejercer el derecho a la muerte digna.

Así, dispuso que en adelante no sería constitucionalmente admisible exigir que el paciente

tenga una enfermedad terminal como condición para concederle la muerte médicamente asistida. En cambio, regló que la condición que debe acreditarse es el padecimiento de un intenso sufrimiento físico o psíquico resultante de una lesión corporal o enfermedad grave e incurable.

Las principales conclusiones normativas de la línea jurisprudencial respecto del goce efectivo de la muerte digna y en particular de la muerte médicamente asistida son:

- 1) La muerte médicamente asistida es una de las múltiples dimensiones del derecho fundamental, complejo, autónomo e independiente a la muerte digna.
- 2) El acceso a la muerte médicamente asistida y el goce del derecho a la muerte digna permite a la persona ejercer su autonomía, el libre desarrollo de la personalidad y vivir con dignidad. Toda restricción arbitraria a ese derecho fundamental repercute negativamente en el goce de otros derechos como la salud, la intimidad personal y familiar e impone tratos crueles, inhumanos y degradantes.
- 3) El derecho fundamental a morir dignamente tiene tres dimensiones: cuidados paliativos, adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico y las prestaciones específicas para la muerte médicamente asistida o eutanásica. No existe incompatibilidad entre las tres facetas, pueden ser concomitantes y todas pueden contribuir a aumentar la dignidad y la capacidad de autodeterminación de la persona en el umbral de su muerte. No puede imponerse a la persona agotar una faceta antes que otra, ni tampoco aceptar un tratamiento que considera desproporcionado, sino que corresponde al paciente determinar cuál es el cauce que mejor se adecúa a su condición de salud, a sus intereses vitales, y a su concepto de vida digna.
- 4) El Estado está en la obligación de garantizar y desarrollar los mecanismos normativos para regular la muerte médicamente asistida y para garantizar el derecho fundamental a la muerte digna. El vacío normativo existente en materia de muerte médicamente asistida supone una amenaza para el goce efectivo del referido derecho fundamental.
- 5) El acceso a la muerte médicamente asistida está orientado por los principios de prevalencia de la autonomía, celeridad, oportunidad e imparcialidad. El eje central, tanto para acceder como para desistir a los tratamientos es la voluntad del paciente.
- 6) El acceso a la muerte médicamente asistida está condicionado por tres requisitos: i) acreditar el consentimiento informado del paciente, ii) el procedimiento sea practicado por un médico, iii) la persona debe padecer de una enfermedad grave e incurable o lesión corporal que cause un intenso sufrimiento físico o psíquico. No es necesario acreditar la existencia de una enfermedad terminal ni el pronóstico médico de muerte próxima.
- 7) Para determinar el grado de intenso sufrimiento y/o dolor físico o psíquico hay dos concepciones. Una que considera que este es identificable a partir de criterios objetivos y otra que lo reconoce como una experiencia esencialmente subjetiva. Debe prevalecer y ser respetado el criterio subjetivo del paciente para determinar la presencia de un intenso sufrimiento físico o psíquico.
- 8) El Estado no puede castigar, mucho menos por vías penales, a quien garantice o participe en el acceso a la muerte médicamente asistida cuando esta ocurra con el lleno de los requisitos exigidos.
- 9) El profesional de la salud podrá objetar conciencia por escrito para negarse a practicar el procedimiento de la muerte médicamente asistida por considerarlo incompatible con sus convicciones personales. En esos casos la EPS debe, en menos de 24 horas, reasignar a otro profesional de la salud para realizar el procedimiento.
- 10) El consentimiento del paciente debe ser previo, libre, informado, inequívoco, reiterado y podrá ser expresado tanto de forma verbal como escrita. Que sea previo implica que el consentimiento podría ser previo a la ocurrencia del evento médico (enfermedad o lesión) y en todo caso anterior a la realización del procedimiento de muerte médicamente asistida. Que sea libre significa que debe estar exento de presiones por parte de terceros. Que sea informado implica que los especialistas deben brindar al paciente y su familia toda la información necesaria para adoptar decisiones en torno a la vida de un ser humano; y por inequívoco se tiene que debe tratarse de una decisión consistente y sostenida. Así el consentimiento debe partir de la información adecuada y pertinente brindada por el médico tratante.
- 11) La confirmación del consentimiento deberá darse dentro de un término razonable para no hacer nugatorio el acceso al derecho fundamental. El término de la confirmación del consentimiento en ningún caso deberá ser superior a diez días calendario, para dar paso a la programación del procedimiento de muerte médicamente asistida en el menor tiempo posible y, en cualquier caso, en un máximo de quince días contados desde la reiteración de la decisión.
- 12) El paciente puede desistir en todo momento de su solicitud de acceso a la muerte médicamente asistida.

- 13) Cuando el paciente se encuentre en estado vegetativo o esté imposibilitado para expresar su voluntad podrá hacerse valer un documento de voluntad anticipada o el consentimiento sustituto por parte de un familiar o representante legal del paciente para que este último acceda a la muerte médicamente asistida. En el proceso de consecución del consentimiento sustituto se debe inferir que persigue la mejor condición para el paciente e indagar por la posición que expresaría la persona en caso de estar consciente o habilitada para hacerlo. No se podrá exigir ambos requisitos (consentimiento sustituto y documento de voluntad anticipada) pues con uno de los dos basta.
- 14) En los casos en que se pretenda hacer valer el consentimiento sustituto como medio para acceder a la muerte médicamente asistida, se deberá realizar un examen más estricto del cumplimiento de las otras dos condiciones para acceder a esta modalidad de muerte digna.
- 15) Los diferentes actores del sistema de salud, incluyendo a las entidades públicas con competencia en la materia, están obligadas a desmontar las barreras de acceso al sistema de salud que impiden el goce efectivo de la muerte digna y en particular que obstan para el acceso a la muerte médicamente asistida. Deberán ajustar sus protocolos para facilitar en cumplimiento de la normativa que regule el acceso a la muerte médicamente asistida y a la muerte digna.
- 16) Los niños, niñas y adolescentes son titulares del derecho a la muerte digna y por ende también pueden acceder a la muerte médicamente asistida.
- 17) Prohibir la aplicación de la muerte médicamente asistida a los niños, niñas y adolescentes implica una violación al principio del interés superior de estos individuos y llevaría a admitir tratos crueles, inhumanos y degradantes en su contra que por lo demás afectan su dignidad.
- 18) Las condiciones de acceso a la muerte digna y a la modalidad de muerte médicamente asistida en niños, niñas y adolescentes deben ser diferenciales respecto del resto de la población. Se deben adoptar medidas diferenciales, especialmente en lo relacionado con el consentimiento y la manifestación de voluntad.
- 19) Aunque por regla general los niños, niñas y adolescentes expresan el consentimiento a través de sus representantes es necesario que en estos casos se consulte, de forma prevalente, su voluntad siempre que el desarrollo psicológico, emocional y cognitivo de niños, niñas y adolescentes lo permitan.

De forma subsidiaria deberá analizarse el consentimiento sustituto por imposibilidad fáctica para manifestar la voluntad derivada de una condición de salud o del desarrollo cognitivo del niño, niña o adolescente. En estos eventos, los padres, personas o entidades que se encuentren legalmente a cargo pueden sustituir el consentimiento y se llevará a cabo el mismo procedimiento, pero el comité interdisciplinario deberá ser más riguroso en el cumplimiento de los requisitos y en el análisis de la situación.

- 20) La regulación de la muerte médicamente asistida y del derecho fundamental a morir dignamente debe darse a la luz de las cuatro dimensiones del derecho a la salud, a saber: la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad.
- 21) Se deben garantizar ciertos derechos a los familiares del paciente como apoyo médico, social, espiritual y psicológico.

Se desprende también de la jurisprudencia constitucional que la regulación legal de la muerte médicamente asistida debe considerar, cuando menos, los siguientes elementos:

- 1) Verificación rigurosa, por personas competentes, de la situación real del paciente, de la enfermedad o lesión 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. Esto incluye:

Al médico y comités científicos interdisciplinarios en las EPS, con las funciones de (i) acompañar al paciente y su familia durante el proceso; (ii) garantizar asesoría a la familia en los momentos posteriores a la muerte, a nivel psicológico, médico y social, para contener o manejar los efectos o consecuencias negativas que podrían derivarse tanto de la decisión de solicitar el procedimiento de acceso a la muerte digna, como del propio deceso del paciente. Este servicio de atención y ayuda debería darse durante las fases de decisión y durante el procedimiento, y garantizar la imparcialidad de quienes intervienen en el proceso. Los comités deberían también (iii) poner en conocimiento de las autoridades cualquier posible irregularidad, falta o delito.

- 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. Esto incluye la modalidad de documento de voluntad anticipada y de consentimiento sustituto.
- 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. Esto incluye capacitaciones a los actores del sistema de salud sobre el alcance, contenido e importancia del derecho fundamental a la muerte digna.
- 6) Incorporación de las cuatro dimensiones del derecho a la salud, a saber: i) la disponibilidad que se refiere a la existencia de suficientes bienes, servicios, profesionales y centros de atención a la salud; ii) la accesibilidad, que tiene una dimensión física, es decir, que los servicios estén en términos geográficos al alcance de toda la población y, en especial de la población vulnerable, una dimensión económica que se refiere a la asequibilidad del servicio, e incorpora el mandato de no discriminación; iii) la aceptabilidad, que involucra estándares éticos, apropiación cultural de los servicios e inclusión de enfoques diferenciales, como el de género, el etario o el étnico; y iv) la calidad, es decir, que los servicios sean apropiados desde el punto de vista científico y médico.
- 7) En el caso del procedimiento para que los niños, niñas y adolescentes ejerzan el derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida las etapas generales serán las siguientes:
 - (i) La manifestación libre del niño, niña o adolescente (NNA), de sus padres, o de sus representantes legales, de que padece una enfermedad terminal y sufre dolores intensos que lo llevan a querer ejercer el derecho a la muerte digna; (ii) tal manifestación deberá hacerse ante el médico tratante; (iii) la convocatoria del comité científico interdisciplinario por parte del médico tratante; (iv) la reiteración de la intención inequívoca de morir. Establecido el cumplimiento de los requisitos, en un plazo no superior a diez días calendario se le preguntará al paciente si se mantiene en su decisión; (v) en caso de que la respuesta sea afirmativa, el comité determinará el cumplimiento de los requisitos y programará el procedimiento para el momento que indique el paciente o máximo en el término de quince días después de reiterada su decisión. En cualquier momento los niños, niñas o adolescentes, o sus representantes podrán desistir de su decisión; (vi) el estudio de las solicitudes en cada etapa deberá considerar la madurez emocional de cada niño, niña o adolescente y, cuando sea aplicable, diseñar mecanismos para la manifestación del

consentimiento sustituto por los dos padres del menor de edad o quienes tengan su representación legal.

6. COMENTARIOS AL PROYECTO DE LEY

6.1. Concepto de Eutanasia

La “eutanasia” significa etimológicamente, eutanasia (del griego “eu”, bien “Thánatos”, muerte) lo cual significa buena muerte, bien morir.

A través de los tiempos, ha adquirido otro sentido, algo más específico: procurar la muerte sin dolor a quienes sufren. Este sentido resulta ambiguo, toda vez que la eutanasia, así entendida puede significar realidades no sólo distintas, sino opuestas profundamente entre sí, como el dar muerte al recién nacido deficiente que se presume que habrá de llevar una vida disminuida, la ayuda al suicida para que consuma su propósito, la eliminación del anciano que se presupone que no vive ya una vida digna, la abstención de persistir en tratamientos dolorosos o inútiles para alargar una agonía sin esperanza humana de curación del moribundo entre otros¹.

Es pertinente abordar la eutanasia sin ocultar los diferentes argumentos de sus partidarios y sin omitir aspectos de vista conflictivos y polémicos al respecto, respetando creencias religiosas y convicciones propias.

El significado de eutanasia, tiene un significado importante toda vez que el término para algunas personas es considerado como un crimen inhumano o como acto de solidaridad o misericordia; conceptos diferentes que se presentan al momento de interpretarse el mismo, y de acuerdo con la realidad que se quiera hacer ver.

Lo que no se puede ignorar sin lugar a duda, es que existe una cierta manipulación en la utilización del término, y se presenta a la opinión pública como algo inofensivo: “muerte dulce”, “muerte digna”, para lograr la aceptación de las personas. Desconociendo que en la eutanasia un ser humano da muerte a otro, consciente y deliberadamente, por muy generosa que sean las motivaciones que ameriten ejecutar la acción y cualquiera que sean los medios para realizarla.

El debate existe sobre la eutanasia, cuando no se tiene el mismo concepto ni significado de la palabra. También el debate se genera cuando por eutanasia se entiende una sola cosa: el causar la muerte de otro, con su consentimiento o no, para evitar dolores físicos o padecimientos que no lo soporta el hombre.

Cuando este significado se toma de esta manera, los partidarios quieren legalizarla y darle su respetabilidad social, adicional porque interpretan que la vida humana no merece ser vivida más que en

¹ Conferencia Episcopal Española, Comité para la defensa de la vida (febrero de 1993, comprobado el 16 de mayo de 2002). La Eutanasia. 100 Cuestiones y respuestas, <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/la-eutanasia-100-cuestiones-y-respuestas>

determinadas condiciones de plenitud. Definición que va en contravía de la convicción que por el contrario, considera que la vida humana es un bien superior, un derecho inalienable e indispensable, que no puede estar en la eventualidad de la decisión de otros, ni de uno mismo.

El concepto de eutanasia que acojo y presento en la ponencia es la actuación cuyo objeto es causar muerte a un ser humano para evitarle sufrimientos, bien a petición de la persona o por considerar que su vida carece de la calidad mínima y que carece de dignidad. De esta manera, la eutanasia, sería una forma de homicidio, lo cual implica que una persona da muerte a otro, ya sea por un acto positivo, o por omisión de la atención y cuidado.

6.2. Elementos esenciales que justifican el fenómeno complejo de la eutanasia

- La muerte siempre es el objetivo buscado, está la intención de quien practica la eutanasia. No es eutanasia, cuando se aplica un tratamiento necesario para aliviar el dolor, aunque acorte la expectativa de vida del paciente como un efecto secundario no querido. Tampoco puede llamarse eutanasia al resultado de muerte por imprudencia o accidente.
- Por acción de puede producir, al administrar y suministrar tóxicas mortales o por omisión cuando se niega una asistencia médica debida, buscando la muerte de otro, no la propia. El suicidio no se considera como una manera autónoma o propia de eutanasia.

6.3. Elementos sustanciales de la eutanasia

- El que quiere morir la solicita, la ayuda al suicidio se puede considerar una forma de eutanasia.
- Se realiza para evitar sufrimientos que son presentes o futuros, pero que son ante todo previsibles, ya sea porque la calidad de vida de la víctima no alcanzará o no mantendrá un mínimo aceptable, incluye deficiencias psíquicas o físicas graves, enfermedades degradantes del organismo, o en la tercera edad avanzada.
- Un elemento necesario de la eutanasia, es el sentimiento subjetivo de estar eliminando el dolor o las deficiencias ajenas.

Lo anterior precisa las razones en orden estricto de la realidad de la eutanasia, el significado coincide con los patrocinadores de la legalización de la eutanasia que quieren que se legitime el que un hombre dé muerte a otro dadas algunas circunstancias.

Es importante no confundir el significado que se le pueda dar a la palabra eutanasia, toda vez que, si se renuncia a la obstinación terapéutica sin esperanza que suele designarse como encarnizamiento terapéutico, sin duda amerita una consideración aparte, y no se puede considerar como eutanasia, aunque desde el punto de vista etimológico se considere una forma de favorecer la “buena muerte”.

6.4. Clases de eutanasia

Es relevante también hacer claridad las clases de eutanasia que se presentan:

- (i). Desde el punto de vista de la víctima, la eutanasia puede ser voluntaria o involuntaria, porque puede ser solicitada por quien quiere que le den de muerte o no; también perinatal, agónica, psíquica o social, ya sea que se aplique a recién nacidos deformes o deficientes, a enfermos terminales, a afectados de lesiones cerebrales irreversibles o a ancianos u otras personas consideradas improductivas o gravosas.
- (ii). Desde el punto de vista de quien la practica, se puede distinguir entre eutanasia activa y pasiva, según como se provoque la muerte a otro por acción o omisión, o entre una eutanasia directa, sería la que busque que sobrevenga la muerte, y la indirecta, la que busca mitigar el dolor físico, aún a sabiendas de que ese tratamiento puede acortar efectivamente la vida del paciente; pero la indirecta no se puede determinar propiamente como eutanasia.

6.5. Argumentos para promover la legalización de la eutanasia

1. Derecho a la muerte digna, expresamente requerida por quien padece sufrimientos atroces.
2. Derecho de cada persona de disponer de su propia vida, en uso de su libertad y autonomía individual.
3. Necesidad de regular una situación que existe de hecho, y que existen pronunciamientos jurisprudenciales.
4. El progreso que representa suprimir la vida de los deficientes psíquicos profundos o de los enfermos en fase terminal, toda vez que se trata de vidas que no pueden llamarse propiamente humanas.
5. Manifestación de solidaridad social que significa la eliminación de vidas sin sentido, que constituyen una dura carga para los familiares y para la propia sociedad.

6.6. Otros aspectos

El dolor y la muerte forman parte de la vida humana, desde que nacemos hasta que morimos, causando dolor a los que nos quieren y sufriendo por el propio proceso que lleva a la muerte. El dolor físico o moral en toda la existencia, está presente de forma habitual en todas las biografías de los seres humanos. Nadie es ajeno al dolor; tanto al que se produce por accidentes físicos ya sea pequeños o grandes, o el dolor moral producto de varios aspectos incomprensión ajena, frustraciones, sensación de impotencia, tratos injustos, entre otros, nos acompaña desde la niñez hasta nuestra muerte.

El dolor, el sufrimiento, forma parte de toda la vida humana y de la historia de la humanidad, así

lo acredita la experiencia personal de cada uno y la literatura universal.

La muerte sin lugar a duda es el destino inevitable que todos los seres humanos tenemos, una etapa en la vida de todos los seres vivos que quieran o no, les guste o no constituirse como el horizonte natural del proceso vital. La muerte es la culminación prevista de la vida.

En consecuencia, el dolor y la muerte no son obstáculos para la vida, corresponden a dimensiones o fases de ella.

Comparto el concepto de la Universidad de Navarra (España), en precisar:

“Es bueno aceptar el hecho cierto e inevitable del dolor, y también es bueno luchar por mitigarlo. Es bueno luchar por vencer a la enfermedad, y no es bueno eliminar seres humanos enfermos para que no sufran. Es bueno luchar en favor de la vida contra la muerte, y no es bueno, porque no es realista, rechazar la muerte como si se pudiera evitar. Pero no existe un catálogo de soluciones que pueda resolver todas las dudas y las perplejidades con que nos enfrentamos ante la realidad del dolor y de la muerte. Lo mismo ocurre con muchas otras situaciones de la vida, en las que no es posible establecer normas rígidas, sino que hemos de actuar, basados en el conocimiento de los principios generales, con un criterio recto y prudente”.

6.7. DEBATE ALREDEDOR DE LA EUTANASIA

Posterior a la Sentencia C-239 de 1997, existen controversias en Colombia por la despenalización del homicidio por piedad no ha dado muestras de moderar.

Hacer valer posturas de sectores con una determinada perspectiva religiosa, incluso en combinación con posturas de sectores políticos de tendencia conservadora es un factor que entra a debate².

Considerar la eutanasia como inaceptable en virtud de su fe, es aceptable, toda vez que en Colombia existe una sociedad plural y multicultural; por eso el debate se da con argumentos sustentados racionalmente (filosófica y éticamente), buscando consensos y en un contexto de mutuo respeto³.

Entre los médicos las opiniones han estado divididas. Para algunos expertos en ética médica los pronunciamientos jurisprudenciales son innecesarios y el tema debió dejarse en el ámbito privado de la relación médico-paciente. Otros consideran que los médicos tienen el deber sagrado de preservar la vida, por lo que aceptar la eutanasia sería una falta grave a la ética profesional.

Sigue pendiente particularmente desde la bioética, emprender análisis de la relación entre las diversas posturas éticas sobre el morir y diversos fenómenos culturales y económicos propios de la actualidad, con las particularidades de un país como el nuestro, sin caer en descripciones de obviedades.

Si bien es cierto, la despenalización de la eutanasia en Colombia se dio vía jurisprudencial, inicialmente por Sentencia C-239 de 1997 de la Corte Constitucional y puede verse como un resultado de la transformación sociopolítica, jurídica y cultural que se inició en la década de 1990 luego de la adopción de una nueva Constitución Política en 1991.

La Corte Constitucional, basó su decisión en los principios constitucionales de dignidad humana, respeto por la autonomía y solidaridad. Algunos magistrados y diversos sectores de la sociedad se opusieron a la sentencia argumentando, tanto desde posiciones religiosas como no religiosas, la inviolabilidad de la vida, la moral mayoritaria del país y la extralimitación de la Corte Constitucional en su sentencia.

De otro lado, para otra población ha sido un triunfo del respeto a los derechos civiles e individuales. Adicionalmente, la falta de un marco legal adecuado que persistió por años hizo que la práctica de la eutanasia quedara en una zona aparte, hasta que nuevamente la Corte Constitucional produjo un nuevo fallo en 2014, a través de la Sentencia T-970 en el que reafirmó el derecho de los ciudadanos a solicitar la eutanasia al sistema de salud, y llevó al Ministerio de Salud y Protección Social a elaborar guías para la provisión de este servicio gracias a lo cual hay hoy claridad sobre cómo deben proceder pacientes e instituciones de salud.

Pese a todos los pronunciamientos jurisprudenciales que detalladamente precisan los autores en su proyecto de Acto Legislativo: C-239 de 1997, T-970 de 2014, T-132 de 2016, T-322 de 2017, T-423 de 2017, T-721 de 2017, T-544 de 2017, T-060 de 2020 y C-233 de 2021; esto no significa que el debate ha terminado o que no subsistan algunos problemas. La eutanasia en niños o en personas con discapacidad, así como el suicidio asistido son temas que algunos quieren discutir más abiertamente.

Ahora bien, si se enfatiza en la sacralidad de la vida y el deber de los médicos de protegerla y no terminarla, se considera pertinente seguir luchando para que la norma sea revertida.

La garantía real de acceso a cuidados paliativos y buena atención en salud deberá ser parte importante de discusiones en relación con la muerte digna y la eutanasia.

7. Conflicto de intereses

De manera orientativa, se considera que, para la discusión y aprobación del Proyecto de Ley Estatutaria, no existen circunstancias que pudieran dar lugar a un eventual conflicto de intereses por parte de los Honorables Representantes, pues es una iniciativa de carácter general, impersonal y abstracta,

² DÍAZ-AMADO E: “¿Tiene la bioética un lado rosa?”. En ESPINOSA B (Ed.) Cuerpos y diversidad sexual. Aportes para la igualdad y el reconocimiento. Bogotá, Editorial Universidad Javeriana, 2008, pp. 40-56.

³ DÍAZ-AMADO E: “Elementos para el debate del Proyecto de Ley sobre la Eutanasia en Colombia”, Revista *Espacio Educativo*, No 2, 2007, pp. 46-47.

con lo cual no se materializa una situación concreta que permita enmarcar un beneficio particular, directo ni actual. En suma, se considera que este proyecto de Ley Estatutaria se enmarca en lo dispuesto por el literal “a” del artículo primero de la Ley 2003 de 2019 sobre las hipótesis de cuando se entiende que no hay conflicto de interés. En todo caso, es pertinente aclarar que los conflictos de interés son personales y corresponde a cada Congresista evaluarlos.

8. PROPOSICIÓN

Por las consideraciones expuestas anteriormente, solicito respetuosamente a la Comisión Primera Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes **archivar** el Proyecto de Ley Estatutaria número 006 de 2021 Cámara, *por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida y se dictan otras disposiciones* (Eutanasia).

Cordialmente,

MARELEN CASTILLO TORRES
Representante a la Cámara

BIBLIOGRAFÍA DE LO SAUTORES A RESALTAR EN LA PONENCIA

Jurisprudenciales:

Corte Constitucional. (1993). Sentencia T-493 de 1993. M. P.: Antonio Barrera Carbonell

Corte Constitucional. (1994). Sentencia C-221 de 1994. M. P.: Carlos Gaviria Díaz

Corte Constitucional. (1997). C-239 de 1997. M. P.: Carlos Gaviria Díaz

Corte Constitucional. (1998) Sentencia T-516 de 1998. M. P.: Antonio Barrera

Corte Constitucional. (2014) Sentencia T-970 de 2014. M. P.: Luis Ernesto Vargas Silva

Corte Constitucional. (2017) Sentencia T-544 de 2017. M. P.: Gloria Stella Ortiz

Corte Constitucional. (2017) Sentencia T-721 de 2017. M. P.: Antonio José Lizarazo

Corte Constitucional. (2020) Sentencia T-060 de 2020. M. P.: Alberto Rojas

Corte Constitucional. (2021) Sentencia C-233 de 2021. M. P.: Diana Fajardo Rivera

Consejo de Estado (2019). Sentencia 02830, Sala Contenciosa Administrativa. M. P.: Carlos Enrique Moreno Rubio. Bogotá.

Reglamentarios:

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia*. Bogotá.

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.

Resolución 2665. (2018). *“Por medio de la cual se reglamenta la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Bibliografía adicional del Ponente

Universidad de Navarra, Conferencia Episcopal Española, Comité para la defensa de la vida (febrero de 1993, comprobado el 16 de mayo de 2002). *La Eutanasia*. 100 Cuestiones y respuestas, <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/la-eutanasia-100-cuestiones-y-respuestas>.

DÍAZ-AMADO E: “¿Tiene la bioética un lado rosa?”. En ESPINOSA B (Ed.) *Cuerpos y diversidad sexual. Aportes para la igualdad y el reconocimiento*. Bogotá, Editorial Universidad Javeriana, 2008. Pp. 40-56.

DÍAZ-AMADO E: “Elementos para el debate del Proyecto de Ley sobre la Eutanasia en Colombia”, *Revista Espacio Educativo*, número 2, 2007. Pp. 46-47.

* * *

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA NÚMERO 006 DE 2022 CÁMARA

por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., 11 de agosto de 2022

Honorable Representante

JUAN CARLOS WILLS OSPINA

Presidente

Comisión Primera Constitucional

Cámara de Representantes

Ciudad.

Referencia: Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de Ley Estatutaria número 006 de 2022 Cámara

Honorables Representantes:

En cumplimiento del encargo hecho por la Honorable Mesa Directiva de la Comisión Primera Constitucional de la Cámara de Representantes del Congreso de la República y de conformidad con lo establecido en el artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, nos permitimos rendir Informe de Ponencia para Primer Debate del Proyecto de Ley Estatutaria número 006 de 2022 Cámara, *por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte*

digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida y se dictan otras disposiciones con base en las siguientes consideraciones.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. TRÁMITE DE LA INICIATIVA

El Proyecto de ley Estatutaria número 006 de 2022 Cámara fue radicado el 21 de julio del 2022 por los Honorables Representantes Juan Carlos Lozada Vargas, Andrés David Calle Aguas, Julián Peinado Ramírez, María del Mar Pizarro García, Jennifer Dalley Pedraza Sandoval, David Ricardo Racero Mayorca, Diógenes Quintero Amaya, Gabriel Becerra Yáñez, Luis Alberto Albán Urbano, Leyla Marleny Rincón Trujillo, Alfredo Mondragón Garzón, Jorge Andrés Cancimance López, Carlos Alberto Carreño Marín, Catherine Juvinao Clavijo, Santiago Osorio Marín, María Fernanda Carrascal Rojas, Luvi Katherine Miranda Peña, Martha Lisbeth Alfonso Jurado, Dolcey Óscar Torres Romero, Daniel Carvalho Mejía, Jezmi Lizeth Barraza Arraut, Germán Rogelio Roza Anís y por los Honorables Senadores Alejandro Vega Pérez, Humberto de la Calle Lombana, María José Pizarro Rodríguez, Alejandro Carlos Chacón Camargo, Inti Raúl Asprilla Reyes, Omar de Jesús Restrepo Correa, Wilson Arias Castillo, Yuly Esmeralda Hernández Silva, Iván Cepeda Castro y Griselda Lobo Silva.

El proyecto fue remitido a la Comisión Primera Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes donde se designó como coordinadores ponentes al Honorable Representante Juan Carlos Lozada Vargas y al Honorable Representante Gabriel Becerra Yáñez. Fueron también designados como ponentes los Honorables Representantes Luis Alberto Albán, James Hermenegildo Mosquera Torres, Juan Daniel Peñuela Calvache, José Jaime Uscátegui, Santiago Osorio Marín y las Honorables Representantes Adriana Carolina Arbeláez Giraldo, Astrid Sánchez Montes de Oca y Marelen Castillo Torres.

2. OBJETO DE LA LEY

El objeto del presente proyecto de ley estatutaria es regular las condiciones para que las personas puedan tener acceso al derecho a morir dignamente bajo la modalidad de muerte médicamente asistida.

Se adoptan disposiciones normativas para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la muerte digna mediante la muerte médicamente asistida que ha sido reconocido por vía jurisprudencial desde 1997 por la Corte Constitucional. A su vez, se crean normas para garantizar la seguridad jurídica de los profesionales de la salud que garanticen el referido derecho.

3. ANTECEDENTES

Desde 1998 ante el Congreso de la República se han radicado y tramitado 14 iniciativas legislativas similares, encaminadas a reglamentar el derecho de acceso a la muerte digna. Algunos de estos proyectos regulaban distintas modalidades de materialización de este derecho, incluyendo la muerte médicamente

asistida. En varias ocasiones las iniciativas lograron superar al menos el primer debate, bien fuera en Senado o en Cámara de Representantes, sin embargo, nunca lograron continuar su trámite en el Congreso por lo que a la fecha aún existen vacíos legislativos sobre este asunto.

Durante el anterior periodo constitucional del Congreso de la República (2018-2022) se radicarón cinco de esas once iniciativas. El primer esfuerzo fue presentado por los Honorables Representantes Juan Fernando Reyes Kuri, Carlos Adolfo Ardila Espinosa, Elizabeth Jay-Pang Díaz, Álvaro Henry Monedero Rivera y Hernán Gustavo Estupiñán Calvache y se materializó en el Proyecto de ley número 204 de 2019 Cámara. Si bien la iniciativa fue aprobada por la Comisión Primera de la Cámara de Representantes, no llegó a serlo por parte de la Plenaria de dicha Corporación, por lo que fue archivada de conformidad con lo previsto por el artículo 119 de la Ley 5ª de 1992.

El segundo intento se realizó mediante el Proyecto de Ley Estatutaria número 063 de 2020 Cámara, proyecto que corrió la misma suerte del primero, siendo archivado por la Plenaria de la Cámara de Representantes. De esta iniciativa fueron autores los Honorables Senadores Horacio José Serpa Moncada, Armando Alberto Benedetti Villaneda, Julián Bedoya Pulgarín, Luis Fernando Velasco Chaves, Guillermo García Realpe, Andrés Cristo Bustos y los Honorables Representantes Juan Fernando Reyes Kuri, Elizabeth Jay-Pang Díaz, Luis Alberto Albán Urbano, Carlos Adolfo Ardila Espinosa, José Daniel López Jiménez, Mauricio Andrés Toro Orjuela, Jaime Rodríguez Contreras, María José Pizarro Rodríguez, Hernán Gustavo Estupiñán Calvache, Harry Giovanni González García, Elbert Díaz Lozano, Jorge Eliécer Tamayo Marulanda, Rodrigo Arturo Rojas Lara, Nubia López Morales, Álvaro Henry Monedero Rivera, Norma Hurtado Sánchez, John Arley Murillo Benítez, Juanita María Goebertus Estrada, Alfredo Rafael Deluque Zuleta, Catalina Ortiz Lalinde, Jezmi Lizeth Barraza Arraut, Fabio Fernando Arroyave Rivas, Julián Peinado Ramírez, Jorge Méndez Hernández, Alejandro Alberto Vega Pérez, Ángela María Robledo Gómez, Jorge Enrique Benedetti Martelo, César Augusto Lorduy Maldonado, Flora Perdomo Andrade, Carlos Germán Navas Talero, Katherine Miranda Peña y Juan Carlos Lozada Vargas.

El antecedente más reciente presentado en la Cámara de Representantes fue el Proyecto de Ley Estatutaria número 007 de 2021 Cámara. Una vez más, fue aprobado por la Comisión Primera de la Cámara de Representantes, pero archivado por la Plenaria de la misma corporación.

De dicha iniciativa fueron autores los Honorables Senadores Guillermo García Realpe, Victoria Sandino Simanca Herrera, Antonio Sanguino Páez, Iván Cepeda Castro, Temístocles Ortega Narváez, Jorge Eduardo Londoño Ulloa, Armando Alberto Benedetti Villaneda, Andrés Cristo Bustos, Juan Luis Castro Córdoba, Luis Fernando Velasco Chaves,

Horacio José Serpa, Angélica Lisbeth Lozano Correa, y por los Honorables Representantes Juan Fernando Reyes Kuri, José Daniel López Jiménez, Carlos Adolfo Ardila Espinosa, Mauricio Andrés Toro Orjuela, Elizabeth Jay-Pang Díaz, John Arley Murillo Benítez, John Jairo Roldán Avendaño, Jezmi Lizeth Barraza Arraut, Jorge Enrique Benedetti Martelo, Carlos Germán Navas Talero, José Luis Correa López, Jaime Rodríguez Contreras, Rodrigo Arturo Rojas Lara, Juanita María Goebertus Estrada, Alejandro Alberto Vega Pérez, León Fredy Muñoz Lopera, Ángel María Gaitán Pulido, Hernán Gustavo Estupiñán Calvache, Norma Hurtado Sánchez, Faber Alberto Muñoz Cerón, Jorge Méndez Hernández, Katherine Miranda Peña, María José Pizarro Rodríguez, Catalina Ortiz Lalinde, Andrés David Calle Aguas, Jorge Eliécer Tamayo Marulanda, Jairo Reinaldo Cala Suárez, Mauricio Parodi Díaz, David Ricardo Racero Mayorca, Álvaro Henry Monedero Rivera, Alejandro Carlos Chacón Camargo, Luciano Grisales Londoño, Luis Alberto Albán Urbano, César Augusto Lorduy Maldonado y Juan Carlos Losada Vargas.

En el Senado de la República se presentó la cuarta iniciativa legislativa encaminada a regular la materia. Se trató del Proyecto de ley número 70 de 2020 Senado cuyo autor fue el honorable Senador Armando Benedetti. También ante el Senado, pero por iniciativa gubernamental del Ministerio de Salud y Protección Social, se radicó el Proyecto de Ley Estatutaria número 355 de 2020 Senado. Ninguna de las dos iniciativas prosperó y fueron archivados de conformidad con lo previsto por el artículo 153 superior.

El presente Proyecto de Ley Estatutaria adoptó como base el articulado y la exposición de motivos plasmada por el Proyecto de Ley Estatutaria número 007 de 2021 Cámara, el cual fue impulsado principalmente por el Honorable Representante Juan Fernando Reyes Kuri quien, durante los cuatro años del periodo legislativo anterior, dio la lucha al interior de la Cámara de Representantes por, finalmente, regular el derecho a morir dignamente. También se tuvieron en cuenta las modificaciones que el congresista referido, quien además fue el ponente de la iniciativa, plasmó en la ponencia para el segundo debate, por considerar que son los avances más recientes como parte de los esfuerzos legislativos por reglamentar el acceso al derecho a la muerte digna.

Finalmente incorporó las subreglas de la totalidad de la jurisprudencia relevante en la materia, especialmente aquellas fijadas en la Sentencia C-322 de 2021, que fue publicada con posterioridad a la radicación de la referida ponencia.

Así las cosas, para la radicación de este texto se actualizó y complementó la información de la exposición de motivos del proyecto referido y se realizaron modificaciones estructurales y transversales al articulado, con el objetivo de plantear una regulación integral sobre este derecho al nuevo Congreso de la República.

4. FUNDAMENTOS JURÍDICOS DEL PROYECTO

En Colombia el derecho a morir dignamente fue reconocido por vía jurisprudencial por intermedio de la Sentencia C-239 de 1997 de la Corte Constitucional. En virtud de dicha providencia, Colombia se convirtió en el primer Estado de la región en reconocer tal posibilidad como un derecho.

A continuación, se presenta un recuento de los desarrollos constitucionales, jurisprudenciales, legales y reglamentarios que han configurado el estado actual de cosas desde una perspectiva jurídica del derecho a la muerte digna.

3.1. CONSTITUCIONALES

Como se describirá más adelante, el derecho a la muerte digna guarda estrecha relación con otros derechos fundamentales como el libre desarrollo de la personalidad, la autonomía, el derecho a la vida que comporta la muerte como último acto de la persona, la dignidad humana y la igualdad.

Así las cosas, la regulación por vía estatutaria del derecho a la muerte digna desarrolla sendas normas constitucionales dentro de las que se encuentran:

“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 2°. Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.”

“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.

El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.

El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.”

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”.*

“Artículo 18. *Se garantiza la libertad de conciencia. Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas ni obligado a actuar contra su conciencia.”*

3.2. LEGALES

Ley 1733 de 2014. Ley 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,”*

En el rango legal la Ley 1722 de 2014 es el desarrollo más significativo de la regulación de aspectos relacionados con el ejercicio y acceso a la muerte digna. El enfoque de dicha regulación está puesto sobre los cuidados paliativos por lo que define los criterios para identificar a los sujetos que pueden ser tenidos como enfermos terminales o con enfermedades degenerativas, irreversibles. Estas pueden ser tanto físicas como mentales. La ley reconoce que esas afectaciones comportan un significativo impacto en la calidad de vida de la persona y en consecuencia reconoce para esas personas y sus familias las siguientes prerrogativas:

1. *Derecho al cuidado paliativo: Todo paciente afectado por enfermedad terminal, crónica, degenerativa, irreversible de alto impacto en la calidad de vida tiene derecho a solicitar libre y espontáneamente la atención integral del cuidado médico paliativo. Las actividades y servicios integrales del cuidado paliativo se deberán prestar de acuerdo al Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud y las guías de manejo que adopten el Ministerio de Salud y Protección Social y la CRES.*
2. *Derecho a la información: Todo paciente que sea diagnosticado de una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible, tiene derecho a recibir información clara, detallada y comprensible, por parte del médico tratante, sobre su diagnóstico, estado, pronóstico y las alternativas terapéuticas de atención paliativa propuestas y disponibles, así como de los riesgos y consecuencias en caso de rehusar el tratamiento ofrecido. En todo momento la familia del paciente igualmente tendrá derecho a la información sobre los cuidados paliativos y a decidir sobre las alternativas terapéuticas disponibles en*

caso de incapacidad total del paciente que le impida la toma de decisiones.

3. *Derecho a una segunda opinión: El paciente afectado por una enfermedad a las cuales se refiere esta ley, podrá solicitar un segundo diagnóstico dentro de la red de servicios que disponga su EPS o entidad territorial.*
4. *Derecho a suscribir el documento de Voluntad Anticipada: Toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades legales y mentales, con total conocimiento de las implicaciones que acarrea el presente derecho podrá suscribir el documento de Voluntad Anticipada. En este, quien lo suscriba indicará sus decisiones, en el caso de estar atravesando una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que eviten prolongar una vida digna en el paciente y en el caso de muerte su disposición o no de donar órganos.*
5. *Derecho a participar de forma activa en el proceso de atención y la toma de decisiones en el cuidado paliativo: Los pacientes tendrán el derecho a participar de forma activa frente a la toma de decisiones sobre los planes terapéuticos del cuidado paliativo.*
6. *Derechos de los Niños y Adolescentes: Si el paciente que requiere cuidados paliativos es un niño o niña menor de catorce (14) años, serán sus padres o adultos responsables de su cuidado quienes elevarán la solicitud. Si el paciente es un adolescente entre catorce (14) y dieciocho (18) años, él será consultado sobre la decisión a tomar.*
7. *Derecho de los familiares. Si se trata de un paciente adulto que está inconsciente o en estado de coma, la decisión sobre el cuidado paliativo la tomará su cónyuge e hijos mayores y faltando estos sus padres, seguidos de sus familiares más cercanos por consanguinidad.”*

Tanto esta norma como las reglas jurisprudenciales que en adelante serán referenciadas han sido desarrollados por vía reglamentaria, eminentemente a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.

Ley 2055 de 2020. *“Por medio de la cual se aprueba la “convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores”, adoptada en Washington, el 15 de junio de 2015.”*

En virtud de la adopción del referido instrumento de derechos humanos en el ámbito interamericano, el Estado se obligó a adoptar medidas que garanticen los cuidados paliativos a las personas mayores. Estas obligaciones también tienen alcance sobre la familia y el entorno de los pacientes. Así, se establece el reconocimiento de ciertos derechos como el de la salud, y el de recibir servicios de cuidado a largo plazo. Así las cosas, los cuidados paliativos se tienen

como constitutivos de un derecho humano que el Estado colombiano está en obligación de proteger y garantizar.

3.3. REGLAMENTARIOS

Resolución 13437 de 1991 expedida por el Ministerio de Salud “*por la cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes*”.

Incluso antes de que la Corte Constitucional lo hiciera, este acto reconoció por vez primera en un sentido normativo el derecho a la muerte digna. Lo hizo en el artículo primero, en el que reconoció una serie de derechos de los pacientes frente al sistema de salud, entre los cuales se encuentran los que se encuentra:

“(…)

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”.

Resolución 1216 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. “*Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la Sentencia T-980 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad*”.

Fijó los parámetros generales para garantizar el derecho a morir dignamente, así como la conformación y funciones de los comités científico-interdisciplinarios. Esta resolución fue derogada por la Resolución 971 de 2021, también expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Resolución 0825 de 2018 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. “*Por medio de la cual se reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes.*”

Este acto también se dio como parte del cumplimiento de las órdenes dadas por la Corte Constitucional en la Sentencia T-540 de 2017. Como lo indica su nombre, se establecieron los parámetros generales para acceder al derecho a morir dignamente en niños, niñas y adolescentes.

Así, definió el derecho a los cuidados paliativos pediátricos, dispuso criterios para la toma de decisiones de niños, niñas y adolescentes en el ámbito médico y dispuso una comprensión diferencial sobre la comprensión de la muerte en esta población de acuerdo con cuatro rangos de edad: 0 a 3 años, 3 a 6 años, 6 a 12 años y a partir de los 12 años en adelante.

Resolución 2665 de 2018 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. “*Por medio de la cual se reglamenta parcialmente la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada*”.

Este acto dispone entre otras, el contenido, los requisitos, formas y condiciones para que las

voluntades anticipadas se consideren válidas y para que los interesados tengan acceso y puedan manifestar su voluntad por intermedio del referido documento.

Resolución 229 de 2020 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social “*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 ese acto, el capítulo 4.5. estuvo dedicado a establecer regulaciones sobre el derecho a morir dignamente. La resolución resaltó que ese derecho está vinculado con el derecho a la vida digna y que la muerte digna no se refiere exclusivamente a la eutanasia sino también a todo el proceso de la muerte incluyendo los cuidados paliativos y la limitación de los esfuerzos terapéuticos o de readecuación de las medidas asistenciales.

En línea con ello, la reglamentación le reconoció a los pacientes los siguientes derechos:

“4.5.2.1 Ser el eje principal de la toma de decisiones al final de la vida.

4.5.2.2 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.

4.5.2.3 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.

4.5.2.4 Ser informado de los derechos al final de la vida, incluidas las opciones de cuidados paliativos o eutanasia y cómo estas 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.

4.5.2.5 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.

4.5.2.6 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.

4.5.2.7 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.

4.5.2.8 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.

4.5.2.9 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.

4.5.2.10 Ser respetado en su voluntad de solicitar el procedimiento eutanásico como forma de muerte digna.

4.5.2.11 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.

4.5.2.12 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.

4.5.2.13 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.

4.5.2.14 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.

4.5.2.15 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.

4.5.2.16 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 objetor de conciencia.

4.5.2.17 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.

4.5.2.18 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.

4.5.2.19 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 consienta, 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.

4.5.2.20 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.

4.5.2.21 Expresar sus preferencias sobre el sitio de donde desea fallecer y a que sea respetada su voluntad sobre los ritos espirituales que haya solicitado.

4.5.2.22 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.”

Además, estableció como deberes de los pacientes informar al médico sobre la existencia o prueba de una expresión de voluntad anticipada e información sobre la enfermedad avanzada, terminal o incurable.

Resolución 971 de 2021 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social “Por medio de la cual se establece el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer Efectivo el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia”.

Este acto dio cumplimiento a las órdenes dadas por la Corte Constitucional en las Sentencias T-970 de 2014 y T-423 de 2017 y actualizó el procedimiento previsto en la Resolución 1216 de 2015.

Estableció las condiciones y particularidades del procedimiento para ejercer el derecho a la muerte digna bajo la modalidad de eutanasia. Fijó, entre otros, como requisito ser ciudadano colombiano o siendo extranjero probar un año de residencia ininterrumpida en el país.

Esta es la norma más actualizada y completa para guiar las acciones del talento humano en salud y del personal médico, de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y de los ciudadanos en lo que tiene que ver con el acceso y goce del derecho a la muerte digna por medio de la eutanasia.

3.4. JURISPRUDENCIALES

Ante la reiterada omisión legislativa por parte del Congreso de la República, los principales reconocimientos y desarrollos normativos en materia del derecho a la muerte digna han sido acotados por vía jurisprudencial. De manera preponderante por parte de la Corte Constitucional.

Esta línea se ha consolidado hasta la fecha a partir de 10 sentencias, entre las que se encuentran tanto fallos de constitucionalidad como de tutela. Providencias cuyas reglas y consideraciones más relevantes se referencian a continuación considerando que irradian y delimitan el margen de configuración normativa con el que cuenta el legislador para esta materia.

En el año 1993, mediante la Sentencia **T-493 de 1993** la Honorable Corte Constitucional reconoció por primera vez la relación existente entre los derechos fundamentales a la intimidad personal y familiar, el libre desarrollo de la personalidad y la decisión autónoma e individual de no continuar con un tratamiento médico.

Es importante notar que en aquel entonces la eutanasia estaba tipificada en el código penal como homicidio por piedad con fines altruistas. Si bien el caso que llevó a la decisión de la Corte no versaba sobre la aplicación de la eutanasia, ni con un caso de homicidio con piedad o con fines altruistas, esta decisión la decisión fue relevante toda vez que vinculó por vez primera el reconocimiento y ejercicio de ciertos derechos fundamentales a través del respeto de las decisiones personales relativas al uso o continuidad de tratamientos médicos.

Al respecto consideró la Corte que:

“desconocen el mandato constitucional del artículo 16, que reconoce el derecho al libre desarrollo de la personalidad “sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico”, en cuanto coartan la libertad que posee María Libia Pérez Duque de decidir si se somete o no a un tratamiento médico y las modalidades del mismo, e interfieren indebidamente

la potestad de autodeterminarse, conforme a su propio arbitrio dentro de los límites permitidos, en lo relativo a lo que a su juicio es más conveniente”.

(...)

no acudir a los servicios médicos (...) no vulnera ni amenaza los derechos de los demás, ni el orden jurídico; por consiguiente, merece ser respetada, dentro del ámbito del reconocimiento de su derecho al libre desarrollo de la personalidad”.

Respecto de la relación entre el derecho a la intimidad y la libertad de elegir un tratamiento médico, incluyendo el no tratamiento absoluto de la enfermedad, la Corte regló:

“la imposición a María Libia Pérez Duque de un determinado patrón de conducta respecto a la enfermedad que padece menoscaba su potencialidad como persona, su capacidad de autodeterminación, y desconoce el derecho a la intimidad personal y familiar (...) en efecto, el derecho a la intimidad comprende la personalísima esfera de las personas que, por su naturaleza, no le atañe a terceros, así estos sean el Estado o los consanguíneos próximos de estas”.

Esta decisión sentó las bases y abrió la puerta al debate que luego llevaría a reconocer la existencia del derecho a una muerte digna.

Fue en 1997 que la Corte Constitucional por primera vez se pronunció sobre la constitucionalidad de la tipificación como delito del homicidio por piedad. Así, en la Sentencia **C-239 de 1997**, con ponencia del Magistrado Carlos Gaviria Díaz, el Alto Tribunal reconoció que la vida digna guarda estrecha relación y se materializa con el acceso al derecho de una muerte digna. Ello, al considerar que una enfermedad puede hacer que la vida sea incompatible con el concepto de dignidad y calidad de vida que detente cada individuo.

Más aún, regló la Corte que impedir el acceso a la muerte digna supone un trato cruel e inhumano, una anulación de la dignidad y de la autonomía de la persona. Además, consideró que, en perspectiva constitucional, la protección a la vida debe darse con arreglo al goce efectivo de la autonomía, la dignidad humana, con el libre desarrollo de la personalidad y por ende con el acceso a la muerte digna.

“El deber del Estado de proteger la vida debe ser entonces compatible con el respeto a la dignidad humana y al libre desarrollo de la personalidad. Por ello la Corte considera que frente a los enfermos terminales que experimentan intensos sufrimientos, este deber estatal cede frente al consentimiento informado del paciente que desea morir en forma digna. En efecto, en este caso, el deber estatal se debilita considerablemente por cuanto, en virtud de los informes médicos, puede sostenerse que, más allá de toda duda razonable, la muerte es inevitable en un tiempo relativamente corto.

En cambio, la decisión de cómo enfrentar la muerte adquiere una importancia decisiva para el enfermo terminal, que sabe que no puede ser

curado, y que por ende no está optando entre la muerte y muchos años de vida plena, sino entre morir en condiciones que él escoge, o morir poco tiempo después en circunstancias dolorosas y que juzga indignas. El derecho fundamental a vivir en forma digna implica entonces el derecho a morir dignamente, pues condenar a una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones, equivale no solo a un trato cruel e inhumano, prohibido por la Carta, sino a una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral. La persona quedaría reducida a un instrumento para la preservación de la vida como valor abstracto”.

Así, reconoció la posibilidad individual de decidir poner fin a la propia vida, justamente ante situaciones en que el individuo considere que las condiciones de su existencia riñen con una vida que merezca la pena ser vivida y que sea digna. Esa decisión no puede ser imposibilitada ni objeto de castigo por parte del Estado.

“El Estado no puede oponerse a la decisión del individuo que no desea seguir viviendo y que solicita le ayuden a morir, cuando sufre una enfermedad terminal que le produce dolores insoportables, incompatibles con su idea de dignidad. Por consiguiente, si un enfermo terminal que se encuentra en las condiciones objetivas que plantea el Código Penal considera que su vida debe concluir, porque la juzga incompatible con su dignidad, puede proceder en consecuencia, en ejercicio de su libertad, sin que el Estado esté habilitado 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, de reconocer que esta obligación no se traduce en la preservación de la vida solo como hecho biológico”.

Anticipando posibles preocupaciones respecto de la compatibilidad de garantizar el acceso a la muerte digna con concepciones morales y religiosas es preciso traer a cuento la resolución alcanzada por la Corte Constitucional respecto de esa tensión:

“si la manera en que los individuos ven la muerte refleja sus propias convicciones, ellos no pueden ser forzados a continuar viviendo cuando, por las circunstancias extremas en que se encuentran, no lo estiman deseable ni compatible con su propia dignidad, con el argumento inadmisibles de que una mayoría lo juzga un imperativo religioso o moral. De nadie puede el Estado demandar conductas heroicas, menos aún si el fundamento de ellas está adscrito a una creencia religiosa o a una actitud moral que, bajo un sistema pluralista, solo puede revestir el carácter de una opción. Nada tan cruel como obligar a una persona a subsistir en medio de padecimientos oprobiosos, en nombre de creencias ajenas, así una inmensa mayoría de la población las estime intangibles.

(...)

Desde una perspectiva pluralista no puede afirmarse el deber absoluto de vivir. Quien vive como obligatoria una conducta, en función de sus creencias religiosas o morales, no puede pretender que ella se haga coercitivamente exigible a todos; solo que a él se le permita vivir su vida moral plena y actuar en función de ella sin interferencias.”

De conformidad con ello, el Alto Tribunal regló que siempre que exista consentimiento informado por parte de un paciente con enfermedad terminal que comporte intenso sufrimiento, y que el acceso a la muerte digna sea garantizado por un médico, la eutanasia no deberá ser objeto de la acción penal del Estado.

Finalmente, la Corte Constitucional exhortó al Congreso de la República para que regulara el acceso al derecho a la muerte digna, de conformidad con los parámetros fijados en la sentencia.

“En aras de la seguridad jurídica, la Corte exhortará 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”.

Para el cumplimiento de tal propósito, la Corte estableció que:

“Los puntos esenciales de esa regulación serán sin duda:

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, y
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.”

En 2014, y ante la omisión del Congreso frente a la regulación de este asunto, la Corte Constitucional volvió a pronunciarse sobre el particular. En Sentencia T-970 de 2014 el Alto Tribunal volvió a exhortar al Legislativo y al Ministerio de Salud a regular el acceso a la muerte digna y en particular a la eutanasia, notando que el vacío normativo existente en la materia ponía en riesgo el acceso

al derecho a la muerte digna y la efectividad de las órdenes impartidas por el alto tribunal en la referida providencia de 1997.

Reiteró las tres condiciones fijadas desde 1997 que debe observar el legislador y que obran para que una persona pueda acceder a la eutanasia, a saber:

“(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.”

A su vez, consolidó la comprensión de la muerte digna como un derecho fundamental, autónomo e independiente relacionado con otros como la vida, la autonomía y la dignidad humana:

“El derecho a morir dignamente, es un derecho fundamental. Esta garantía se compone de dos aspectos básicos: por un lado, la dignidad humana y por otro, la autonomía individual. En efecto, la dignidad humana es presupuesto esencial del ser humano que le permite razonar sobre lo que es correcto o no, pero también es indispensable para el goce del derecho a la vida. El derecho a morir dignamente es un derecho autónomo, independiente pero relacionado con la vida y otros derechos. No es posible considerar la muerte digna como un componente del derecho a la autonomía, así como tampoco es dable entenderlo como una parte del derecho a la vida. Sencillamente, se trata de un derecho fundamental complejo y autónomo que goza de todas las características y atributos de las demás garantías constitucionales de esa categoría”.

Además, el Alto Tribunal precisó que dentro de los mecanismos para garantizar el acceso a la muerte digna existe la eutanasia, los cuidados paliativos cuando el paciente no desee provocar su muerte, y la adecuación de los tratamientos médicos, entre otros.

Esta providencia resulta relevante también en materia de objeción de conciencia, pues dispone que el profesional de la salud deberá ejercer ese derecho por escrito pero que la EPS responsable deberá, en menos de 24 horas, reasignar otro profesional de la salud para realizar el procedimiento.

La Corte Constitucional volvió a pronunciarse respecto del ejercicio del derecho a la muerte digna con relación a la muerte médicamente asistida en la Sentencia **T-132 de 2016**. En aquella providencia reiteró como una condición entonces necesaria para acceder a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida que la persona sufriera una enfermedad terminal.

Luego, en la Sentencia **T-322 de 2017** la Corte Constitucional reiteró la importancia de que el consentimiento de acceder a la muerte médicamente asistida fuera reiterado. Así, regló el deber de constatación de la voluntad, especialmente cuando hay circunstancias concomitantes a la enfermedad como abandono o sensaciones de soledad.

Como resultado de otra revisión de un trámite de tutela, la Corte Constitucional profirió la Sentencia **T-423 de 2017**. En esa decisión ordenó a entidades

públicas y privadas adoptar medidas para evitar que las barreras de acceso propias del sistema de salud y de los actores involucrados en la prestación de los servicios de salud impidieran el goce efectivo del derecho a la muerte digna.

El Alto Tribunal reiteraría esa comprensión a través de la Sentencia **T-721 de 2017** con ocasión de la cual expresó que:

“El derecho fundamental a morir con dignidad tiene múltiples dimensiones y no es unidimensional, como hasta ahora se ha concebido, haciendo énfasis en la muerte anticipada o el procedimiento denominado “eutanasia”, pues se trata de un 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”.

En esa misma providencia se precisó que cuando la persona se encuentra en estado vegetativo o en situación que imposibilita la expresión de su voluntad, es dable conceder la muerte médicamente asistida obrando para ello el consentimiento sustituto. Así, no es admisible exigir un documento que acredite en consentimiento previo. Agregó que en esos casos era exigible a las entidades de la salud que agotaran los mecanismos para determinar el cumplimiento del resto de condiciones por parte del paciente para acceder a la muerte médicamente asistida.

La Corte Constitucional continuó acotando el alcance y los titulares del derecho a la muerte digna en la Sentencia **T-544 de 2017**. En dicha providencia reconoció que la eutanasia no debía estar proscrita para niños, niñas y adolescentes pues al ser un derecho fundamental no puede estar restringido por un criterio de edad. Además, reconoció que tal prerrogativa desarrolla el principio del interés superior del menor.

“considerar que solo son titulares del derecho los mayores de edad implicaría el desconocimiento de la jurisprudencia de esta Corporación en la que no se ha efectuado una distinción fundada en esa circunstancia, la 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.

(...)

la dignidad humana como principio fundante del ordenamiento jurídico colombiano y por tanto del Estado, reconocida como principio constitucional general y derecho fundamental autónomo obliga a reconocer la titularidad del derecho a la muerte digna de los niños, niñas y adolescentes.

(...)

la Sala reconoce que la materialización del derecho presenta algunas diferencias y particularidades en relación con los NNA, principalmente en los aspectos relacionados con el consentimiento y la

manifestación de la voluntad, las cuales no pueden llevar a desconocer que son titulares del derecho. Por el contrario, esas particularidades deben ser reconocidas, consideradas y afrontadas en aras de lograr una oportuna regulación de esos aspectos específicos”.

Así, incluyó un exhorto adicional al Ministerio de Salud y Protección Social para que reglamentara las condiciones para que los niños, niñas y adolescentes vieran protegido su derecho de acceso a la muerte digna. Como se ilustró en el acápite anterior, en cumplimiento de dicha resolutoria, el Ministerio expidió la Resolución 825 del 2018.

De manera más reciente, como por ejemplo mediante la Sentencia **T-060 de 2020** el Alto Tribunal ha seguido insistiendo en la necesidad de que el Congreso expida una regulación legal de la materia. Lo anterior, al notar que el vacío normativo respecto del ejercicio del derecho a la muerte digna ponía en riesgo el ejercicio de ese derecho. Específicamente identificó ese riesgo en el caso de los pacientes que no están en capacidad de manifestar su voluntad y que no han dejado un documento de voluntad anticipada.

A su vez, en esa decisión reiteró los precitados requisitos para acceder a la eutanasia entre los que hasta el momento se encontraba padecer una enfermedad terminal. Al respecto, reiteró que es constitucionalmente admisible que para acceder a la muerte digna se haga uso de un consentimiento sustituto. Ello, en los casos en que el paciente que sufra una enfermedad terminal no pueda manifestar su consentimiento. Sin embargo, dispuso que en esos casos de debe valorar de manera más estricta el cumplimiento de los otros requisitos para acceder al procedimiento.

El precedente más reciente por medio del cual la Corte Constitucional ha fijado el alcance del derecho a la muerte digna y las condiciones para ejercer ese derecho fue la Sentencia **C-233 de 2021**.

La novedad más relevante fue que por intermedio de esta providencia, el Alto Tribunal amplió las causales para acceder a la muerte médicamente asistida como medio para ejercer el derecho a la muerte digna.

Así, dispuso que en adelante no sería constitucionalmente admisible exigir que el paciente tenga una enfermedad terminal como condición para concederle la muerte médicamente asistida. En cambio, regló que la condición que debe acreditarse es el padecimiento de un intenso sufrimiento físico o psíquico resultante de una lesión corporal o enfermedad grave e incurable.

“la condición de enfermedad terminal efectivamente puede llevar al desconocimiento de la prohibición de someter a una persona a tratos crueles, inhumanos o degradantes, puesto que: (i) imponer a una persona soportar el sufrimiento derivado de enfermedad o lesión grave e incurable implica someterla a tratos y penas inhumanas, crueles y degradantes; (ii) no resulta justificable

que una persona pueda elegir terminar su vida en esas condiciones cuando recibe el diagnóstico de enfermedad terminal, pero no cuando no lo tiene, pues en el primer caso, razonablemente, su sufrimiento se extenderá por un tiempo más corto que en el segundo; (iii) estos padecimientos intensos no suponen en realidad un beneficio para el bien jurídico de la vida, dadas las condiciones ya exigidas por el tipo penal (enfermedad grave e incurable que provoca intensos sufrimientos); (iv) en torno al sufrimiento y el dolor una vertiente considera que es posible identificar el dolor a partir de criterios objetivos, y otra lo describe como una experiencia esencialmente subjetiva; (v) la Sala respeta ambas corrientes, pero en el ámbito del ejercicio del derecho fundamental a morir dignamente, existe una subregla que privilegia la dimensión subjetiva.

(...)

La condición de enfermedad en fase terminal supone una restricción cierta y profunda a la autonomía, que no privilegia con igual intensidad el valor de la vida, pues, como se ha explicado, ya se exigen otras circunstancias de salud en el artículo 106 del Código Penal, que pueden considerarse extremas, y que constituyen fuente de sufrimiento intenso.

(...)

la Sala observa que la condición de enfermedad en fase terminal se convierte en una barrera de acceso a servicios para la muerte digna, irrazonable y desproporcionada, que ocasiona un déficit de protección a personas que son sujetos de especial protección por las condiciones de salud extrema que padecen.

(...)

la exigencia de que la persona, además de padecer una enfermedad grave e incurable, tenga un pronóstico de muerte próxima, resulta desproporcionada, pues impide a las personas afectadas por las enfermedades citadas ejercer su autodeterminación y elegir el modo de finalizar su vida, y genera un efecto disuasorio sobre los profesionales de la salud para un ejercicio ético y altruista de su profesión.”

Al respecto agregó, que el fundamento de ese cambio responde a que los intensos sufrimientos por causa física o moral vinculada con una condición de salud comprometen la vida digna y por ende deben obrar como causa para proteger el derecho a la muerte digna y por esa vía a la dignidad humana, la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad:

“la Constitución Política no privilegia ningún modelo de vida y, en cambio, sí asume un serio compromiso con la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad que implica contar con la opción autónoma de elegir un modo de muerte digna. En ese sentido, la dignidad humana protege al sujeto que se encuentra en circunstancias de salud que le producen intensos sufrimientos de la degradación física o moral, o de una exposición prolongada e

indefinida a una condición de salud que considera cruel, dada la intensidad del dolor y el sufrimiento”.

De manera complementaria, reconoció al derecho fundamental a la muerte digna como conexo con el derecho fundamental a la salud. Al respecto sostuvo que:

“El derecho a morir dignamente es un puente humanitario entre la vida y la muerte construido mediante servicios o prestación de salud, o, de ser el caso, mediante su omisión (en sus dimensiones de cuidados paliativos, adecuación del esfuerzo terapéutico o prestaciones específicas para morir). Mientras no exista la regulación de los elementos estructurales del derecho por vía estatutaria el puente se sostendrá en los fundamentos mínimos que puede establecer este Tribunal, los cuales tienen la fuerza normativa de la Constitución, pero serán siempre exiguos, pues se definen sin contar con la información suficiente, el concurso de expertos, el tiempo necesario para una deliberación profunda y la legitimidad democrática del Congreso de la República.”

Añadió que la comprensión del derecho a la salud debe irradiar y se erige como estándar para la regulación estatutaria que ahora se propone. Al respecto manifestó que:

“aunque la Corte mantiene su posición inicial sobre la necesidad de la intervención legislativa, admite que debe existir una articulación entre el juez constitucional y la administración para que los servicios se hagan efectivos, aún sin ausencia de esta regulación. La adecuación de esa regulación deberá asumirse a la luz de las cuatro dimensiones del derecho a la salud.”

Las cuatro dimensiones a las que se hace referencia son:

“En armonía con el Derecho Internacional de los Derechos Humanos la Corporación ha considerado relevante para la comprensión del derecho su división esquemática en cuatro facetas: la disponibilidad que se refiere a la existencia de suficientes bienes, servicios, profesionales y centros de atención a la salud; la accesibilidad, que tiene una dimensión física, es decir, que los servicios estén en términos geográficos al alcance de toda la población y, en especial de la población vulnerable, una dimensión económica que se refiere a la asequibilidad del servicio, e incorpora el mandato de no discriminación; la aceptabilidad, que involucra estándares éticos, apropiación cultural de los servicios e inclusión de enfoques diferenciales, como el de género, el etario o el étnico; y la calidad, es decir, que los servicios sean apropiados desde el punto de vista científico y médico”.

Finalmente, reiteró que el derecho a morir dignamente no se reduce a la muerte médicamente asistida (eutanasia) sino que comprende también los cuidados paliativos y la adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico.

Así, precisó que las tres modalidades o facetas del derecho no son incompatibles entre sí ni tampoco

puede el Estado imponer mediante el derecho positivo la obligación de recurrir o preferir una de las facetas por sobre las otras.

“el derecho fundamental a morir dignamente tiene tres dimensiones, los cuidados paliativos, la adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico y las prestaciones específicas para la muerte digna o eutanasias. Es un deber del estado avanzar progresivamente en cada una de estas facetas, como ocurre con todo derecho fundamental y, en especial, con sus facetas prestacionales. Por esa razón no existe incompatibilidad entre las tres facetas, sino que todas deben contribuir a aumentar la dignidad y la capacidad de auto determinarse de todas las personas en el umbral de la muerte. Por esa razón, no puede imponerse a la persona agotar una faceta antes que otra, ni tampoco aceptar un tratamiento que considera desproporcionado, sino que corresponde al paciente determinar cuál es el cauce que mejor se adecúa a su condición de salud, a sus intereses vitales, y a su concepto de vida digna”.

Reconociendo que es deber del Estado avanzar en el reconocimiento y garantía de acceso a esas tres dimensiones del derecho fundamental, el alto tribunal reiteró el exhorto al Congreso de la República para que este legisle en la materia.

4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

El derecho a morir dignamente es un derecho fundamental, estrechamente relacionado con la dignidad humana, con la autonomía individual, con la intimidad, con la salud y con el libre desarrollo de la personalidad. Pese a ello, es un derecho autónomo e independiente 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 tres dimensiones o modalidades relacionadas con el final de la vida, a saber: los cuidados paliativos; la adecuación o abandono del esfuerzo terapéutico; y la muerte médicamente asistida, también conocida como eutanasia.

Desde 1993 por vía jurisprudencial se inició la construcción normativa de ese derecho. Entre 1997 y el 2021 la Corte Constitucional reconoció la muerte digna como derecho fundamental y fijó las subreglas jurisprudenciales que delimitan su núcleo esencial, su alcance y las condiciones mínimas que han de ser observadas para su garantía y goce efectivo.

Pese a que durante los últimos 25 años se han sucedido 9 sentencias del Alto Tribunal el Congreso de la República no ha regulado la materia. Ello ha dado lugar a un considerable vacío normativo que ha sido llenado parcialmente por parte del Ministerio de Salud y Protección Social por vía reglamentaria mediante tres resoluciones que actualmente se encuentran vigentes.

Sin embargo, las referidas normas han sido producto de ordenes de la Corte Constitucional en virtud de desarrollos casuísticos y desagregados. Por ende, las Resoluciones y las materias que abarcan responden a la conciencia paulatina del Estado sobre barreras que afectan a la población en su esfuerzo por

acceder y gozar plenamente del derecho a la muerte digna. Así las cosas, pese a constituir desarrollos relevantes en los esfuerzos estatales por solucionar la problemática resultan insuficientes.

La inacción del Legislativo por regular la materia en un rango estatutario ha dado lugar a que no exista aún una regulación legal que le otorgue la debida seguridad jurídica y estabilidad a la ciudadanía en general en el acceso al derecho ni a los profesionales de la salud en la prestación de los servicios que garanticen el goce efectivo de la muerte digna.

Tal y como lo ha reconocido la Corte Constitucional en la jurisprudencia arriba referenciada, ese vacío normativo supone un riesgo para la eficacia del derecho y para los intereses y la situación jurídica de ciudadanos y profesionales de la salud. Con todo, esa situación afecta el goce efectivo de un derecho fundamental que en el escenario constitucional que nos convoca tiende a ser medio para el ejercicio de otros derechos. Por ende, el Congreso está llamado a suplir ese vacío normativo como medio también para profundizar en la materialización del proyecto constitucional de 1991.

4.1. RESPECTO DEL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE Y LA MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA. LA RELACIÓN ENTRE AMBOS CONCEPTOS Y LAS REGLAS JURISPRUDENCIALES QUE LOS GOBIERNAN:

El derecho a la muerte digna:

Es un derecho fundamental, independiente y autónomo. Reconocido como tal por vía jurisprudencial desde 1997. Guarda conexidad y se convierte en medio para el ejercicio y goce efectivo de otros derechos fundamentales y principios constitucionales como la dignidad humana, la autonomía, la intimidad, el libre desarrollo de la personalidad, la salud y la vida.

Para su ejercicio es requisito fundamental la manifestación del consentimiento y para ello se hace necesario el acceso a la información del paciente. A su vez, acceder a servicios de salud resulta necesario para gozar efectivamente de ese derecho. La muerte digna le permite a la persona tener control y tomar las decisiones que considere más adecuadas y compatibles con su concepción de vida digna respecto de todo el proceso de su muerte y del final de su vida.

La muerte digna es un derecho complejo integrado por tres dimensiones o modalidades, a saber: los cuidados paliativos, la adecuación o renuncia al esfuerzo terapéutico y la muerte médicamente asistida, también conocida como eutanasia.

Esas dimensiones no son excluyentes por lo que para gozar del derecho a la muerte digna no es dable exigir que la persona use alguna en particular en desmedro de otra(s) ni tampoco es dable imponer un orden o secuencia temporal en su uso. Por el contrario, si en ejercicio de la autonomía de la

voluntad la persona opta por acudir a las diferentes modalidades de manera concomitante puede hacerlo.

La muerte médicamente asistida:

También conocida como eutanasia es uno de los tres mecanismos o dimensiones mediante las cuales es posible ejercer el derecho fundamental a morir dignamente. Es entendida como el procedimiento médico por medio del 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 como medio para detener el sufrimiento intolerable que padece.

El concepto de eutanasia etimológicamente responde a la noción de “buena muerte o buen morir”. De esa forma, el término eutanasia se emplea popularmente para hacer referencia al procedimiento de la muerte médicamente asistida toda vez que permite que quien lo solicite descanse e interrumpa el sufrimiento insoportable, mediante la muerte. (Marín-Olalla, 2018).¹

Es preciso advertir que un error común es considerar que la eutanasia o la muerte médicamente asistida equivale a los procesos eugenésicos que por ser discriminadores y atentar contra la dignidad humana son incompatibles con nuestra carta política. El tratadista Marín Olalla (2018) aclara la confusión al precisar que en realidad la eutanasia o la muerte médicamente asistida no puede comprenderse bajo los lentes del homicidio

*“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”*².

Tal precisión ha ocupado a la Corte Constitucional desde los albores del estudio jurisprudencial de la materia. Así, en providencias axiales para la comprensión actual del alcance de la muerte médicamente asistida como la C-239 de 1997 y la C-233 de 2021 el Alto Tribunal ha advertido que bajo ninguna consideración la muerte médicamente asistida puede ser considerada como una práctica eugenésica. La distinción, entre otras, yace en que la primera es voluntaria, consentida y garantiza el principio de dignidad humana mientras la segunda no lo es y resulta nugatoria del referido principio.

Respecto de las condiciones para el ejercicio de la muerte médicamente asistida la Corte Constitucional ha notado que existe un vacío normativo que pone en riesgo el ejercicio del derecho fundamental a la muerte digna en relación con esta modalidad. En 9 sentencias entre 1997 y 2021 ha precisado el alcance de la muerte médicamente asistida y ha fijado subreglas para su regulación, que hasta la fecha es meramente reglamentaria.

¹ Fernando Marín- Olalla. (2018). “Sociedad española de la salud pública y administración sanitaria”. En: Gaceta Sanitaria.

² Ibídem.

Así las cosas, el derecho a la muerte digna busca ser protegido y reglamentado por vía legal. Por su parte, la muerte médicamente asistida, también conocida como eutanasia, es uno de tres mecanismos o dimensiones que se orientan a garantizar el derecho fundamental a la muerte digna y al tiempo, lo constituyen. Además, es el mecanismo, faceta o dimensión del derecho en que la presente regulación ahondará como vía para avanzar en el goce efectivo del referido derecho fundamental.

Valga advertir que el presente proyecto de ley se enfoca en la modalidad de la muerte médicamente asistida toda vez que es el elemento del derecho fundamental a la muerte digna respecto del cual la Corte Constitucional ha echado de menos una regulación legal que lo ampare. No ocurre tal cosa con los cuidados paliativos que fueron legalmente reconocidos y regulados por la Ley 1733 de 2014 y que también tienen un amparo convencional adoptado por Colombia a través de la Ley 2055 de 2020.

Adicionalmente a lo antes expresado, la jurisprudencia constitucional ha fijado subreglas y estándares que deben ser tenidos en cuenta en el ejercicio de la actividad legislativa pues orientan y limitan el margen de configuración normativa con el que cuenta el legislador respecto de esta materia.

Así, las principales conclusiones normativas de la línea jurisprudencial respecto del goce efectivo de la muerte digna y en particular de la muerte médicamente asistida son:

- 1) La muerte médicamente asistida es una de las múltiples dimensiones del derecho fundamental, complejo, autónomo e independiente a la muerte digna.
- 2) El acceso a la muerte médicamente asistida y el goce del derecho a la muerte digna permite a la persona ejercer su autonomía, el libre desarrollo de la personalidad y vivir con dignidad. Toda restricción arbitraria a ese derecho fundamental repercute negativamente en el goce de otros derechos como la salud, la intimidad personal y familiar e impone tratos crueles, inhumanos y degradantes.
- 3) El derecho fundamental a morir dignamente tiene tres dimensiones: cuidados paliativos, adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico y las prestaciones específicas para la muerte médicamente asistida o eutanásica. No existe incompatibilidad entre las tres facetas, pueden ser concomitantes y todas pueden contribuir a aumentar la dignidad y la capacidad de autodeterminación de la persona en el umbral de su muerte. No puede imponerse a la persona agotar una faceta antes que otra, ni tampoco aceptar un tratamiento que considera desproporcionado, sino que corresponde al paciente determinar cuál es el cauce que mejor se adecúa a su condición de salud, a sus intereses vitales, y a su concepto de vida digna.
- 4) El Estado está en la obligación de garantizar y desarrollar los mecanismos normativos para regular la muerte médicamente asistida y para garantizar el derecho fundamental a la muerte digna. El vacío normativo existente en materia de muerte médicamente asistida supone una amenaza para el goce efectivo del referido derecho fundamental.
- 5) El acceso a la muerte médicamente asistida está orientado por los principios de prevalencia de la autonomía, celeridad, oportunidad e imparcialidad. El eje central, tanto para acceder como para desistir a los tratamientos es la voluntad del paciente.
- 6) El acceso a la muerte médicamente asistida está condicionado por tres requisitos: i) acreditar el consentimiento informado del paciente, ii) el procedimiento sea practicado por un médico, iii) la persona debe padecer de una enfermedad grave e incurable o lesión corporal que cause un intenso sufrimiento físico o psíquico. No es necesario acreditar la existencia de una enfermedad terminal ni el pronóstico médico de muerte próxima.
- 7) Para determinar el grado de intenso sufrimiento y/o dolor físico o psíquico hay dos concepciones. Una que considera que este es identificable a partir de criterios objetivos y otra que lo reconoce como una experiencia esencialmente subjetiva. Debe prevalecer y ser respetado el criterio subjetivo del paciente para determinar la presencia de un intenso sufrimiento físico o psíquico.
- 8) El Estado no puede castigar, mucho menos por vías penales, a quien garantice o participe en el acceso a la muerte médicamente asistida cuando esta ocurra con el lleno de los requisitos exigidos.
- 9) El profesional de la salud podrá objetar conciencia por escrito para negarse a practicar el procedimiento de la muerte médicamente asistida por considerarlo incompatible con sus convicciones personales. En esos casos la EPS debe, en menos de 24 horas, reasignar a otro profesional de la salud para realizar el procedimiento.
- 10) El consentimiento del paciente debe ser previo, libre, informado, inequívoco, reiterado y podrá ser expresado tanto de forma verbal como escrita. Que sea previo implica que el consentimiento podría ser previo a la ocurrencia del evento médico (enfermedad o lesión) y en todo caso anterior a la realización del procedimiento.

de muerte médicamente asistida. Que sea libre significa que debe estar exento de presiones por parte de terceros. Que sea informado implica que los especialistas deben brindar al paciente y su familia toda la información necesaria para adoptar decisiones en torno a la vida de un ser humano; y por inequívoco se tiene que debe tratarse de una decisión consistente y sostenida. Así el consentimiento debe partir de la información adecuada y pertinente brindada por el médico tratante.

- 11) La confirmación del consentimiento deberá darse dentro de un término razonable para no hacer nugatorio el acceso al derecho fundamental. El término de la confirmación del consentimiento en ningún caso deberá ser superior a diez días calendario, para dar paso a la programación del procedimiento de muerte médicamente asistida en el menor tiempo posible y, en cualquier caso, en un máximo de quince días contados desde la reiteración de la decisión.
 - 12) El paciente puede desistir en todo momento de su solicitud de acceso a la muerte médicamente asistida.
 - 13) Cuando el paciente se encuentre en estado vegetativo o esté imposibilitado para expresar su voluntad podrá hacerse valer un documento de voluntad anticipada o el consentimiento sustituto por parte de un familiar o representante legal del paciente para que este último acceda a la muerte médicamente asistida. En el proceso de consecución del consentimiento sustituto se debe inferir que persigue la mejor condición para el paciente e indagar por la posición que expresaría la persona en caso de estar consciente o habilitada para hacerlo. No se podrá exigir ambos requisitos (consentimiento sustituto y documento de voluntad anticipada) pues con uno de los dos basta.
 - 14) En los casos en que se pretenda hacer valer el consentimiento sustituto como medio para acceder a la muerte médicamente asistida, se deberá realizar un examen más estricto del cumplimiento de las otras dos condiciones para acceder a esta modalidad de muerte digna.
 - 15) Los diferentes actores del sistema de salud, incluyendo a las entidades públicas con competencia en la materia, están obligadas a desmontar las barreras de acceso al sistema de salud que impiden el goce efectivo de la muerte digna y en particular que obstan para el acceso a la muerte médicamente asistida. Deberán ajustar sus protocolos para facilitar en cumplimiento de la normativa que regule el acceso a la muerte médicamente asistida y a la muerte digna.
 - 16) Los niños, niñas y adolescentes son titulares del derecho a la muerte digna y por ende también pueden acceder a la muerte médicamente asistida.
 - 17) Prohibir la aplicación de la muerte médicamente asistida a los niños, niñas y adolescentes implica una violación al principio del interés superior de estos individuos y llevaría a admitir tratos crueles, inhumanos y degradantes en su contra que por lo demás afectan su dignidad.
 - 18) Las condiciones de acceso a la muerte digna y a la modalidad de muerte médicamente asistida en niños, niñas y adolescentes deben ser diferenciales respecto del resto de la población. Se deben adoptar medidas diferenciales, especialmente en lo relacionado con el consentimiento y la manifestación de voluntad.
 - 19) Aunque por regla general los niños, niñas y adolescentes expresan el consentimiento a través de sus representantes es necesario que en estos casos se consulte, de forma prevalente, su voluntad siempre que el desarrollo psicológico, emocional y cognitivo del niños, niñas y adolescentes lo permitan. De forma subsidiaria deberá analizarse el consentimiento sustituto por imposibilidad fáctica para manifestar la voluntad derivada de una condición de salud o del desarrollo cognitivo del niño, niña o adolescente. En estos eventos, los padres, personas o entidades que se encuentren legalmente a cargo pueden sustituir el consentimiento y se llevará a cabo el mismo procedimiento, pero el comité interdisciplinario deberá ser más riguroso en el cumplimiento de los requisitos y en el análisis de la situación.
 - 20) La regulación de la muerte médicamente asistida y del derecho fundamental a morir dignamente debe darse a la luz de las cuatro dimensiones del derecho a la salud, a saber: la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad.
 - 21) Se deben garantizar ciertos derechos a los familiares del paciente como apoyo médico, social, espiritual y psicológico.
- Se desprende también de la jurisprudencia constitucional que la regulación legal de la muerte médicamente asistida debe considerar, cuando menos, los siguientes elementos:
- 1) Verificación rigurosa, por personas competentes, de la situación real del paciente, de la enfermedad o lesión 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. Esto incluye:

Al médico y comités científicos interdisciplinarios en las EPS, con las funciones de (i) acompañar al paciente y su familia durante el proceso; (ii) garantizar asesoría a la familia en los momentos posteriores a la muerte, a nivel psicológico, médico y social, para contener o manejar los efectos o consecuencias negativas que podrían derivarse tanto de la decisión de solicitar el procedimiento de acceso a la muerte digna, como del propio deceso del paciente. Este servicio de atención y ayuda debería darse durante las fases de decisión y durante el procedimiento, y garantizar la imparcialidad de quienes intervienen en el proceso. Los comités deberían también (iii) poner en conocimiento de las autoridades cualquier posible irregularidad, falta o delito.

- 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. Esto incluye la modalidad de documento de voluntad anticipada y de consentimiento sustituto.
- 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. Esto incluye capacitaciones a los actores del sistema de salud sobre el alcance, contenido e importancia del derecho fundamental a la muerte digna.
- 6) Incorporación de las cuatro dimensiones del derecho a la salud, a saber: i) la disponibilidad que se refiere a la existencia de suficientes bienes, servicios, profesionales y centros de atención a la salud; ii) la accesibilidad, que tiene una dimensión física, es decir, que los servicios estén en términos geográficos al alcance de toda la población y, en especial de la población vulnerable, una dimensión económica que se refiere a la asequibilidad del servicio, e incorpora el mandato de no discriminación; iii) la aceptabilidad, que involucra estándares éticos, apropiación cultural de los servicios e inclusión de enfoques diferenciales, como el de género, el etario o el étnico; y iv) la calidad, es decir, que los servicios sean apropiados desde el punto de vista científico y médico.
- 7) En el caso del procedimiento para que los niños, niñas y adolescentes ejerzan el derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida las etapas generales serán las siguientes:

- (i) la manifestación libre del Niño, Niña o Adolescente (NNA), de sus padres, o de sus representantes legales, de que padece una enfermedad terminal y sufre dolores intensos que lo llevan a querer ejercer el derecho a la muerte digna; (ii) tal manifestación deberá hacerse ante el médico tratante; (iii) la convocatoria del comité científico interdisciplinario por parte del médico tratante; (iv) la reiteración de la intención inequívoca de morir. Establecido el cumplimiento de los requisitos, en un plazo no superior a diez días calendario se le preguntará al paciente si se mantiene en su decisión; (v) en caso de que la respuesta sea afirmativa, el comité determinará el cumplimiento de los requisitos y programará el procedimiento para el momento que indique el paciente o máximo en el término de quince días después de reiterada su decisión. En cualquier momento los niños, niñas o adolescentes, o sus representantes podrán desistir de su decisión; (vi) el estudio de las solicitudes en cada etapa deberá considerar la madurez emocional de cada niño, niña o adolescente y, cuando sea aplicable, diseñar mecanismos para la manifestación del consentimiento sustituto por los dos padres del menor de edad o quienes tengan su representación legal.

4.2. SITUACIÓN ACTUAL. BARRERAS, PROBLEMAS Y CIFRAS DE ACCESO A LA MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA EN COLOMBIA.

De acuerdo con información provista por el Ministerio de Salud y Protección Social desde el 2015 y a corte del 30 de marzo de 2020, se habían realizado y reportado en Colombia 92 procedimientos de muerte médicamente asistida. De acuerdo con los datos de la referida cartera, para junio de 2021 la cifra había aumentado a 149 procedimientos.

Es dable considerar que existe un subregistro toda vez que solo se registran las solicitudes que culminan con la realización del procedimiento de muerte médicamente asistida. Por ende, queda claro que el Ministerio de Salud y Protección Social no lleva recuento de las solicitudes que por voluntad del paciente o por barreras de acceso no alcanzan a garantizar el derecho a morir dignamente.

La única información disponible respecto del número de peticiones, también provista por el propio Ministerio, con respaldo de los Comités Interdisciplinarios encargados de verificar el cumplimiento de los requisitos para el acceso a servicios de muerte digna, sugiere que, en instituciones de cuarto nivel, se realizan en promedio seis (6) de cada quince (15) solicitudes. Esto corresponde a cerca del 40% del total de solicitudes.

El año en que más procedimientos se realizó fue el 2019, seguido del 2018. La inmensa mayoría de los procedimientos que se habían realizado a corte de marzo de 2020 respondieron a pacientes de cáncer (82 de los 92).³ De acuerdo con información de la Corte Constitucional, solo uno de esos 92 procedimientos, en 2018, se realizó empleando para ello la figura del consentimiento sustituto.⁴

Conforme con el Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia del Ministerio de Salud y Protección Social y de la información provista por ese Ministerio, desde el 2015 la recomendación técnico-científica para que el procedimiento sea efectivo y rápido es aplicar alguno de los siguientes cinco medicamentos: Lidocaína sin epinefrina, Midazolam, Fentanyl, Propofol o Tiopental Sódico o Vecuronio. Esto en dosis que van respectivamente entre los 2mg/kg, 1mg/kg, 25mg/kg, 20 o 30mg/kg y 1mg/kg. A su vez, el tiempo de latencia reportado para los referidos fármacos es respectivamente de 10, 30, 30-45, 30-45, 30-45 o 90 segundos.⁵

A su turno, la Superintendencia de Salud, en la intervención que realizó ante la Corte Constitucional en el proceso que dio lugar a la Sentencia C-233 de 2021, reportó que había recibido 38 quejas, reclamos o solicitudes relacionadas con la aplicación de diferentes mecanismos para acceder a la muerte digna. De acuerdo con la Superintendencia son siete los asuntos centrales sobre los que versan esas peticiones, quejas y sugerencias, a saber:

- (i) la demora para la autorización de los procedimientos.
- (ii) la falta de oportunidad para la asignación especializada.
- (iii) la tardanza en la autorización de los procedimientos y medicamentos no incluidos en los planes básicos de salud.
- (iv) las quejas originadas en el seguimiento a derechos de petición.
- (v) la no aplicación de normas, guías o protocolos de atención.
- (vi) la demora o ausencia de autorización de cirugías o de entrega de medicamentos excluidos de los planes básicos de salud.
- (vii) la existencia de un conjunto de quejas asociadas a problemas de información sobre los servicios, los derechos, deberes y trámites para el acceso a la muerte digna.

Así, las principales barreras para acceder a la muerte médicamente asistida, y por esa vía para ver garantizado el derecho a la muerte digna, versan sobre dificultades para autorizar el procedimiento,

la falta de información para acceder, y las demoras en la prestación del servicio.

4.3. PERSPECTIVA COMPARADA DE LA REGULACIÓN DEL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE Y EN PARTICULAR DE LA MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA.

A nivel global, el derecho a morir dignamente y en particular el mecanismo de muerte médicamente asistida no ha estado exento de debate. El reconocimiento del referido derecho y de la mencionada modalidad para ejercerlo ha llegado tanto como resultado de procesos de discusión democrático en los congresos y parlamentos de diversos estados como por acción del poder judicial o incluso mediante mecanismos de participación directa como los referendos.

Así las cosas, en el mundo este ha sido un derecho que se encuentre o bien positivizado por textos legales o que ha sido desarrollado y reconocido por vía jurisprudencial. Estados como Canadá, Holanda, Bélgica, Estados Unidos y Luxemburgo fueron pioneros en alcanzar textos legales que regulan el ejercicio de la potestad de poner fin a la vida con asistencia médica.

Autores como Marín-Olalla (2018) señalan que en todo caso la denominación legal del derecho a la muerte digna y de la muerte médicamente asistida varía en cada locación.

*“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 Oregón, 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).”*⁶

En la actualidad varios Estados entre los que figura Alemania, Austria, Portugal, Irlanda, Francia y Chile en el caso latinoamericano detentan desarrollos jurisprudenciales y/o discuten la eventual aprobación de leyes que regulen la materia, lo que les permitiría sumarse a la precitada lista de Estados donde esta posibilidad ya está legalmente reconocida.

A continuación, se condensa en una tabla el estado actual y la naturaleza y alcance de esos desarrollos jurisprudenciales o de los proyectos de ley que hacen su tránsito legislativo en los mencionados países.

³ el Con información tomada de la ponencia para segundo debate al Proyecto de Ley Estatutaria número 007 de 2020 Cámara, elaborada por el Honorable Representante a la Cámara Juan Fernando Reyes Kuri.

⁴ Corte Constitucional. Sentencia C-233 de 2021. Anexo 1.

⁵ Ibídem.

⁶ Marín- Olalla. (2018). “La eutanasia: un derecho del siglo XXI”. En: Revista de la Sociedad española de la salud pública y administración sanitaria. Citado a su vez en la ponencia para segundo debate presentado por el Honorable Representante Juan Fernando Reyes Kuri al Proyecto de Ley Estatutaria número 007 de 2020.

Tabla. Discusiones, avances e iniciativas regulatorias de la muerte médicamente asistida en el mundo. Experiencias legislativas y jurisprudenciales:⁷

País	Edad requerida y otras condiciones	Norma previa objeto de discusión	Condiciones o padecimiento requerido	Sentido y alcance del reconocimiento	Medio en que se ha dado la discusión y actor relevante	Año de discusión
Alemania ⁸	Garantizado en todas las etapas de la vida de la persona	Artículo 217 del Código Penal. Ayuda al Suicidio.	No se limita únicamente a enfermedades graves o incurables.	El máximo tribunal alemán determinó que es inconstitucional el artículo de código penal que prohibía el suicidio asistido. Reconoció que esa práctica es manifestación del derecho a una muerte autodeterminada que comprende la libertad de quitarse la vida y la libertad de buscar la asistencia de terceros para hacerlo.	Poder judicial. Sentencia del Tribunal Federal Alemán. ⁹ Reconoció la competencia del legislador para regular la actividad garantizando un margen suficiente para que las persona puedan ejercer su derecho a la muerte autodeterminada.	2020
Austria	No se especifica	Artículo 78 del Código Penal. Asistencia o ayuda al suicidio. Mantuvo la tipificación de la inducción al suicidio.	No se especifica	El máximo tribunal austriaco determinó que es inconstitucional el artículo del código penal que prohibía la asistencia o ayuda al suicidio. Reconoció que esa práctica se da en ejercicio legítimo de la libre autodeterminación y guarda relación con la vida, la vida privada y la igualdad. Reconoció el derecho a la muerte digna y a organizar la vida propia.	Poder judicial. Sentencia del Tribunal Constitucional. ¹⁰ Reconoció la competencia del legislador para regular la actividad garantizando que se prevengan abusos y que la decisión de suicidarse sea libre y no bajo la presión de terceros.	2020 ¹¹
Chile ¹²	Ser mayor de 18 años. Ciudadano chileno o persona residente en el país al menos 12 meses antes de la solicitud.	Proceso de aprobación de la ley	Problema de salud grave e irremediable. Debe ser enfermedad terminal, que cause dolencia seria e incurable, una disminución de las capacidades causando dolores y sufrimientos intolerables que no se puede aliviar.	Asistencia médica para morir y cuidados paliativos. Implica que médico suministre o entregue a la persona para su autoadministración una sustancia que cause su muerte.	Cámara de Diputados	2021 aprobada en la Cámara de Diputados ¹³

⁷ Elaboración propia UTL Juan Carlos Losada Vargas tomando como base y referencia una tabla similar contenida en la ponencia para segundo debate que fue presentada por el Honorable Representante Juan Fernando Reyes Kuri al Proyecto de Ley Estatutaria número 007 de 2021; la información contenida en el Anexo 1 de la Sentencia C-233 de 2021 y las fuentes citadas por ambos documentos.

⁸ Para más información, consultar: <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/bvg20-012.html>

⁹ A tenor del texto de la providencia se estableció que: “La decisión de suicidarse se refiere a cuestiones básicas de la existencia humana y afecta a la identidad y la individualidad de esa persona como ninguna otra decisión. (...) La decisión del individuo de poner fin a su propia vida, basada en cómo define personalmente la calidad de vida y una existencia significativa, elude cualquier evaluación basada en valores generales, dogmas religiosos, normas sociales para lidiar con la vida y la muerte, o consideraciones de racionalidad objetiva.” Por ende, la subregla jurisprudencial permite en Alemania acceder a lo que en Colombia se denomina muerte médicamente asistida sin necesidad de explicar o justificar la decisión.

¹⁰ Para más información consultar: https://www.vfgh.gv.at/downloads/VfGH-Erkenntnis_G_139_2019_vom_11.12.2020.pdf

¹¹ Los efectos se causaron desde el 31 de diciembre de 2021.

¹² A corte de 2019 se habían presentado 4 iniciativas legislativas para ser discutidas en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. (María Lampert Grassi (2019).

¹³ Para más información consultar: oficio número 16.490 de 20 de abril de 2021. Disponible en: <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=12267&prmBOLETIN=11745-11>

País	Edad requerida y otras condiciones	Norma previa objeto de discusión	Condiciones o padecimiento requerido	Sentido y alcance del reconocimiento	Medio en que se ha dado la discusión y actor relevante	Año de discusión
				Se requiere certificado de médico psiquiatra y manifestación de voluntad expresa, razonada, reiterada, inequívoca y libre. Protección contra acción penal del Estado para los médicos que estén involucrados en la prestación de la asistencia médica para morir.		
Francia	No especifica	No especifica	No especifica	El Tribunal Supremo reabrió la vía para desconectar a Vincent Lambert, hombre de 42 años tetrapléjico desde 2008 producto de un accidente.	Judicial	2019
	Personas mayores de edad	No especifica	Que la persona sea capaz para decidir Que se encuentre en fase avanzada o terminal de enfermedad grave, incurable que le cause sufrimiento insoportable o la tenga en estado de dependencia	Permitir la muerte médicamente asistido o el suicidio asistido	Cursa un proyecto de ley en el legislativo de Francia. ¹⁴	2022
Irlanda	Mayor de 18 años	Ser residente en Irlanda al menos desde un año antes de la solicitud.	Que la persona manifieste con claridad su voluntad. Tener una enfermedad terminal, incurable y progresiva que no puede revertirse con tratamiento. Incluye protección contra acciones penales a los involucrados en prestar los servicios de muerte médicamente asistida.	Muerte médicamente asistida.	Poder legislativo. Dying with Dignity Bill. ¹⁵	2021
Portugal	Mayores de edad	Código Penal. Artículos 134, 135 y 139. Homicidio a solicitud de víctima, incitación o ayuda al suicidio y propaganda del suicidio.	La persona interesada debe solicitar el procedimiento de muerte médicamente asistida. El consentimiento debe ser actual, reiterado, libre e ilustrado.	Eutanasia, muerte médicamente asistida.	Asamblea de la República de Portugal. La ley fue aprobada en 2021 ¹⁶ , objetada por inconstitucionalidad por el presidente y fue revocada por el Tribunal Constitucional.	2021

¹⁴ Para más información consultar: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628.pdf>

¹⁵ Para más información consultar: <https://data.oireachtas.ie/ie/oireachtas/bill/2020/24/eng/initiated/b2420d.pdf>

¹⁶ Para más información consultar: <https://debates.parlamento.pt/catalogo/r3/dar/01/14/02/043/2021-01-30/86?pgs=86-87&org=PLC> y <https://debates.parlamento.pt/catalogo/r3/dar/s2a/14/02/076S1/2021-02-12/2?pgs=2-11&org=PLC>

País	Edad requerida y otras condiciones	Norma previa objeto de discusión	Condiciones o padecimiento requerido	Sentido y alcance del reconocimiento	Medio en que se ha dado la discusión y actor relevante	Año de discusión
			<p>La persona debe tener sufrimientos intolerables con gravedad y daño definitivo por cuenta de enfermedad incurable o terminal.</p> <p>Debe ser ciudadano nacional de Portugal o haber recibido la residencia.</p>	<p>Puede darse con la administración de fármacos por parte de un médico o por la autoadministración de medicamentos que pongan fin a la vida.</p>	<p>Corresponde a la Asamblea de la República decidir si corrigen las inconstitucionales aducidas por el Tribunal o si archivan el proyecto.¹⁷</p>	

De lo observado es dable concluir que Chile y Portugal están muy próximos a lograr que los esfuerzos legislativos en curso lleguen a convertirse en derecho positivo. Si bien Alemania y Austria ya permiten el acceso a la muerte médicamente asistida, esa potestad se encuentra en grado de reconocimiento jurisprudencial y carece de regulación legal en la materia.

Situación similar a la de Francia en donde existe un precedente judicial tendiente al reconocimiento de la muerte digna pero aún no se aprueba una ley que subsane los posibles vacíos que la actuación judicial puede dejar. Por ende, si bien podría afirmarse que hay normas en Austria y Alemania que reconocen la posibilidad de acceder a la muerte médicamente asistida se incluyen en la tabla anterior atendiendo a que como lo ha planteado la Corte Constitucional, el desarrollo normativo por vía legal es fundamental para el acceso y goce efectivo del derecho a morir dignamente.

Además, dado que el objetivo de esta iniciativa es subsanar ese vacío legislativo en Colombia, conviene observar de manera independiente aquellas regulaciones legales de los reconocimientos meramente jurisprudenciales.

De acuerdo con la BBC (2020) y La Voz (2019) en el tiempo reciente han surgido nuevos activismos que propenden por insertar este tema en el debate público en países de la región como Argentina y Perú. Curiosamente, esas iniciativas han respondido a experiencias individuales de personas que en esos países encuentran en el derecho una barrera que les impide morir dignamente.

En América Latina Colombia, en virtud de la Sentencia C-239 de 1997 de la Corte Constitucional se convirtió en el primer país en reconocer rango de fundamental al derecho a morir dignamente y en

despenalizar la muerte médicamente asistida. Sin embargo, como se ha expresado de forma reiterada, persiste un grave vacío normativo que dificulta el acceso a la eutanasia y el goce efectivo del derecho a la muerte digna.

En la actualidad, son 9 los Estados en los que existen normas de carácter legal que permiten el ejercicio de la muerte digna por vía de prácticas que podrían ajustarse a lo que la Corte Constitucional colombiana ha denominado muerte médicamente asistida. Esos Estados son: Suiza, Nueva Zelanda, Luxemburgo, Holanda, Estados Unidos, España, Canadá, Bélgica y Australia. A ellos, como se expresó se deberían sumar Colombia, Austria y Alemania para un total de 12 países donde bien por medio legal o jurisprudencial los ciudadanos gozan de esa posibilidad.

Conviene resaltar que en Canadá existe una regulación legal de rango nacional y otra específica para Quebec. En Australia son tres los estados que lo permiten: Western Australia, Victoria y Tasmania. En Estados Unidos, son once los estados que permiten la muerte médicamente asistida. Diez de ellos por vía legal y uno por intermedio de una sentencia judicial. A esos se suman diecinueve estados en los que cursan iniciativas regulatorias similares.

Como se verá, en su inmensa mayoría las regulaciones existentes abordan la muerte médicamente asistida o variantes de prácticas eutanásicas. Sin embargo, algunas regulaciones incluyen disposiciones sobre las otras dimensiones de lo que en Colombia se ha reconocido como el derecho fundamental a morir dignamente, a saber: la adecuación o suspensión de los esfuerzos terapéuticos y los cuidados paliativos.

La siguiente tabla ilustra y resume a grandes rasgos las características más relevantes de esas regulaciones.

¹⁷ Para más información consultar: <http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20210123.html> y <https://debates.parlamento.pt/catalogo/r3/dar/s2a/14/02/097S1/2021-03-16/2?pgs=2-27&org=PLC>

Tabla. Regulaciones de la muerte médicamente asistida actualmente vigentes en el mundo.¹⁸

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
Australia Estado de Victoria.¹⁹	Personas mayores de 18 años.	<p>Ciudadanos australianos.</p> <p>Mostrar al menos 12 meses de residencia en el estado para el momento en que se hace la solicitud del procedimiento.</p> <p>Estar en capacidad de tomar decisiones y comprender la información necesaria para decidir en esta materia.</p> <p>Acreditar una enfermedad, dolencia o condición médica incurable, avanzada, progresiva, terminal y que cause sufrimiento intolerable.²⁰</p> <p>Acreditar que la muerte ocurrirá dentro de los siguientes 6 a 12 meses para enfermedades neurodegenerativas.</p>	<p>Suicidio asistido y muerte médicamente asistida.</p> <p>El médico debe autorizar la solicitud para administrar el medicamento o para recetarle en caso de que la persona se lo quiera administrar directamente.</p> <p>La solicitud puede ser revisada por el Tribunal Civil y Administrativo de Victoria.</p> <p>Quiénes asisten, faciliten la muerte médicamente asistida están legalmente protegidos para no enfrentarse a procesos penales ni disciplinarios por esas conductas.</p>	Ley (Voluntary Assisted Dying Act)	Parlamento del Estado de Victoria	2017 ²¹
Australia Estado de Western Australia²²	Personas mayores de 18 años.	<p>Ciudadanos australianos.</p> <p>Mostrar al menos 12 meses de residencia en el estado para el momento en que se hace la solicitud del procedimiento.</p> <p>Estar en capacidad de tomar decisiones y comprender la información necesaria para decidir en esta materia.</p> <p>Acreditar una enfermedad, dolencia o condición médica</p>	<p>Suicidio asistido y muerte médicamente asistida.</p> <p>El médico debe autorizar la solicitud para administrar el medicamento o para recetarle en caso de que la persona se lo quiera administrar directamente.</p> <p>En ese segundo supuesto el médico debe valorar las capacidades de la persona para autoadministrárselo.</p>	Ley (Voluntary Assisted Dying Act)	Parlamento del Estado de Western Australia	2019 ²³ .

¹⁸ Elaboración propia UTL Juan Carlos Losada Vargas tomando como base y referencia una tabla similar contenida en la ponencia para segundo debate que fue presentada por el Honorable Representante Juan Fernando Reyes Kuri al Proyecto de Ley Estatutaria número 007 de 2021; la información contenida en el Anexo 1 de la Sentencia C-233 de 2021 y las fuentes citadas por ambos documentos.

¹⁹ Mayor información disponible en: https://content.legislation.vic.gov.au/sites/default/files/8caaf3b4-28f6-3ad1-acf3-e3c46177594e_17-61aa003%20authorised.pdf

²⁰ Las discapacidades o enfermedades mentales no clasifican para acceder al procedimiento.

²¹ Las distintas disposiciones entraron en vigor de manera progresiva entre abril y julio de 2019.

²² Para más información consultar: [https://www.legislation.wa.gov.au/legislation/prod/filestore.nsf/FileURL/mrdoc_42491.pdf/\\$FILE/Voluntary%20Assisted%20Dying%20Act%202019%20-%20%5B00-00-00%5D.pdf?OpenElement](https://www.legislation.wa.gov.au/legislation/prod/filestore.nsf/FileURL/mrdoc_42491.pdf/$FILE/Voluntary%20Assisted%20Dying%20Act%202019%20-%20%5B00-00-00%5D.pdf?OpenElement)

²³ Entró en vigor en junio de 2021.

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
		<p>incurable, avanzada, progresiva, terminal y que cause sufrimiento intolerable.²⁴</p> <p>Acreditar que la muerte ocurrirá dentro los siguientes 6 a 12 meses para enfermedades neurodegenerativas.</p>	<p>Quienes asisten, faciliten la muerte médicamente asistida están legalmente protegidos para no enfrentarse a procesos penales ni disciplinarios por esas conductas.</p>			
Australia Estado de Tasmania ²⁵	Personas mayores de 18 años.	<p>Ciudadanos australianos.</p> <p>Demostrar al menos 12 meses de residencia en el estado para el momento en que se hace la solicitud del procedimiento.</p> <p>Estar en capacidad de tomar decisiones y comprender la información necesaria para decidir en esta materia.</p> <p>Acreditar una enfermedad, dolencia o condición médica incurable, avanzada, progresiva, terminal y que cause sufrimiento intolerable.²⁶</p> <p>Acreditar que la muerte ocurrirá dentro de los siguientes 6 a 12 meses para enfermedades neurodegenerativas.</p>	<p>Suicidio asistido y muerte médicamente asistida.</p> <p>El médico debe autorizar la solicitud para administrar el medicamento o para recetarlo en caso de que la persona se lo quiera administrar directamente.</p> <p>En ese segundo supuesto el médico debe valorar las capacidades de la persona para autoadministrárselo.</p> <p>Quienes asisten, faciliten la muerte médicamente asistida están legalmente protegidos para no enfrentarse a procesos penales ni disciplinarios por esas conductas.</p>	Ley. End-of-Life Choices -Voluntary Assisted Dying Act	Parlamento de Tasmania	2021
Bélgica	Disponible para todas las personas sin distinción de edad.	<p>Ser una persona emancipada y capaz o siendo menor de edad, tener capacidad de toma de decisiones.</p> <p>Consentimiento voluntario, reflexivo y reiterado</p>	<p>Está regulada la eutanasia.</p> <p>El suicidio asistido no está regulado, pero se practica en los mismos términos y condiciones que la eutanasia.</p> <p>Un médico constata los requisitos. Si considera que la muerte no será en el corto plazo debe consultar con un segundo médico.</p>	<p>Ley del 28 de mayo de 2022, modificada el 28 de febrero de 2014.</p> <p>Loi relative à l'euthanasie²⁷</p>	Poder legislativo de Bélgica.	2002 y 2014

²⁴ Las discapacidades o enfermedades mentales no clasifican para acceder al procedimiento.

²⁵ Para más información consultar: <https://www.legislation.tas.gov.au/view/whole/pdf/asmade/act-2021-001>

²⁶ Las discapacidades o enfermedades mentales no clasifican para acceder al procedimiento.

²⁷ Para más información consultar: https://www.ejustice.just.fgov.be/img_l/pdf/2002/05/28/2002009590_F.pdf

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
		Situación médica terminal, que reporta sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable que no puede ser controlado. Que la muerte sea a corto plazo	Se espera al menos un mes desde la solicitud para la práctica de la muerte médicamente asistida.			
Canadá-Quebec	Mayores de edad	Tener seguro médico Que el procedimiento sea autorizado por un médico Tener capacidad de expresar el consentimiento Que la enfermedad sea terminal, grave e incurable Estar en avanzado estado de deterioro que sea irreversible Sufrimiento físico o psicológico insoportable que no se pueda aliviar	Eutanasia y cuidados paliativos, incluyendo la posibilidad de dejar a la persona inconsciente hasta el momento de la muerte.	Ley. ²⁸ Loi concernant les soins de fin de vie	Legislativo de Quebec.	2014 ²⁹
Canadá	Mayores de 18 años	Tener acceso a los servicios de atención médica Tener capacidad para tomar decisiones autónomas respecto de su salud Tener condición médica grave e irremediable que se encuentre en estado avanzado y genere pérdida de la capacidad ³⁰ y dolor o sufrimiento físico o psicológico intolerable y que no se pueda aliviar ³¹	Eutanasia y suicidio asistido. (Asistencia médica para morir). La asistencia la puede prestar un médico o un enfermero. Como requisito para acceder a la asistencia para la muerte, la persona debe expresar su decisión voluntaria mediante un consentimiento informado tras tener acceso a información sobre otras formas de aliviar el dolor.	Ley ³²	Poder Legislativo de Canadá en cumplimiento de sentencia de la Corte Suprema de Justicia en el caso Carter vs. Canadá. La Corte determinó que impedir la asistencia a morir vulneraba el derecho a la vida, la libertad y la seguridad personal. ³³	2016 y 2021

²⁸ Par más información, consultar: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/S-32.0001.pdf>

²⁹ Entró en vigor en 2015.

³⁰ No se puede hacer valer ninguna discapacidad para acceder a la muerte médicamente asistida.

³¹ El propio paciente es el responsable de determinar el sufrimiento es intolerable

³² Para más información consultar: https://www.parl.ca/Content/Bills/421/Government/C-14/C-14_4/C-14_4.PDF y https://www.parl.ca/Content/Bills/432/Government/C-7/C-7_4/C-7_4.PDF

³³ Para más información consultar: <https://decisions.scc-csc.ca/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do>

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
España	Mayores de edad	<p>Padecer enfermedad grave e incurable, crónica e incapacitante.³⁴</p> <p>Nacionalidad española o residir al menos 12 meses antes de la solicitud en España.</p> <p>Ser consciente en el momento de la solicitud</p>	<p>Eutanasia, muerte médicamente asistida.</p> <p>Por dos modalidades: la administración directa del medicamento al paciente o la receta médica para que este lo adquiera y se lo auto administre, causando su propia muerte.</p> <p>La persona debe acceder a la información por escrito sobre el proceso médico y las alternativas para aliviar el dolor.</p> <p>Solicitar voluntariamente el procedimiento al menos dos veces.</p> <p>Debe manifestar su voluntad mediante consentimiento informado.</p> <p>Quienes asisten, faciliten la muerte médicamente asistida están legalmente protegidos para no enfrentarse a procesos penales ni disciplinarios por esas conductas.</p>	Ley. Ley orgánica de regulación de la eutanasia. ³⁵	Poder legislativo español.	2021
Estados Unidos -California	Mayores de edad	<p>Ser residente en el Estado</p> <p>Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos</p> <p>Tener capacidad física y mental para decidir</p>	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos letales. Se permite autoadministración.	Ley. The End of Life Option Act ³⁶	Poder legislativo del estado	2015

³⁴ El artículo 3.c de la ley establece: “(...) la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insostenibles sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva”,
(...)

El artículo 3.d añade: (...) situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico”.

³⁵ Para más información, consultar: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628.pdf>

³⁶ Para más información consultar: https://leginfo.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill_id=201520162AB15

Pais	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
Estados Unidos – Distrito de Columbia o Washington D. C..	Mayores de edad	Ser residente en el Estado Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos Tener capacidad física y mental para decidir	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos letales. Se permite autoadministración.	Ley. The Death with Dignity Act. ³⁷	Poder legislativo del estado	2017
Estados Unidos - Colorado	Mayores de edad	Ser residente en el Estado Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos Tener capacidad física y mental para decidir	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos letales. Se permite autoadministración.	Ley. The End-Of-Life Options Act ³⁸	Poder legislativo del estado	2016
Estados Unidos – Hawái	Mayores de edad	Ser residente en el Estado Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos Tener capacidad física y mental para decidir	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos letales. Se permite autoadministración.	Ley. The Our Care, Our Choice Act. ³⁹	Poder legislativo del estado	2019
Estados Unidos – Maine	Mayores de edad	Ser residente en el Estado Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos Tener capacidad física y mental para decidir	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos letales. Se permite autoadministración.	Ley. An Act To Enact the Maine Death with Dignity. ⁴⁰	Poder legislativo del estado	2019
Estados Unidos-Montana	Mayores de edad	Ser residente en el Estado Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos Tener capacidad física y mental para decidir	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos letales. Se permite autoadministración. Se establece protección penal al médico encargado de realizar el procedimiento de asistencia al suicidio.	Judicial-Caso Robert Baxter ⁴¹	Poder judicial	2009

³⁷ Par más información consultar: https://dchealth.dc.gov/sites/default/files/dc/sites/doh/page_content/attachments/Death%20With%20Dignity%20Act.FINAL_.pdf

³⁸ Para más información consultar: <https://www.sos.state.co.us/pubs/elections/Initiatives/titleBoard/filings/2015-2016/145Final.pdf>

³⁹ Para más información consultar: <https://health.hawaii.gov/opppd/files/2018/11/OCOC-Act2.pdf>

⁴⁰ Para más información consultar: <http://www.mainelegislature.org/legis/bills/getPDF.asp?paper=HP0948&item=1&sum=129>

⁴¹ Para más información consultar: <https://fnds.mt.gov/JUD/document?params=U2FsdGVkX1%2B8gpXKXDw973fE8wqPCs%2B9SDBzrJGwtnQkk4Oe1h4t0zNniu4Ad1RBzWSJF%2BGBCa4EkKXGXKpCvSIg%2BfyDRu5did37Qw06Afao%2FPqe1Iy7ZB%2FU%2FEh7VyDFQu%2FdfP%2BGFPOm2TiVhJUcAw%3D%3D&callback=?>

Pais	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
Estados Unidos – Nueva Jersey	Mayores de edad	Ser residente en el Estado Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos Tener capacidad física y mental para decidir	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos letales. Se permite autoadministración.	Ley. The Medical Aid in Dying for the Terminally Ill Act. ⁴²	Poder legislativo del estado	2019
Estados Unidos – Nuevo México	Mayores de edad.	Ser residente en el Estado Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos Tener capacidad física y mental para decidir	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos letales. Se permite autoadministración.	Ley. The Elizabeth Whitefield End-of-life Options Act. ⁴³	Poder legislativo del estado	2021
Estados Unidos – Oregón	Mayores de edad	Ser residente en el Estado Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos Tener capacidad física y mental para decidir	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos letales. Se permite autoadministración.	Ley. The Death with Dignity Act. ⁴⁴	Poder legislativo del estado	1997
Estados Unidos – Vermont	Mayores de edad	Ser residente en el Estado Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos Tener capacidad física y mental para decidir	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos letales. Se permite autoadministración.	Ley. The Patient Choice and Control at End of Life Act. ⁴⁵	Poder legislativo del estado	2013
Estados Unidos – Washington	Mayores de edad	Ser residente en el Estado Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos Tener capacidad física y mental para decidir	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos letales. Se permite autoadministración.	Ley. The Washington Death with Dignity Act. ⁴⁶	Poder legislativo del estado	2009
Holanda	Personas desde los 12 años en adelante. Excepcionalmente se permite en recién nacidos ⁴⁷	Padecer de sufrimiento físico o psíquico sin posibilidades de mejorar ni alivio.	Eutanasia, suicidio asistido y cuidados paliativos.	Ley. Ley de terminación de la vida a petición propia y suicidio asistido. ⁴⁸	Poder legislativo	2002

⁴² Para más información consultar: https://www.njleg.state.nj.us/2018/Bills/PL19/59_.PDF

⁴³ Para más información consultar: <https://www.nmlegis.gov/Sessions/21%20Regular/bills/house/HB0047.html>

⁴⁴ Para más información consultar: <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/statute.pdf>

⁴⁵ Para más información consultar: <http://www.leg.state.vt.us/docs/2014/Acts/ACT039.pdf>

⁴⁶ Para más información consultar: <https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=70.245>

⁴⁷ Si la persona tiene más de 18 años la decisión es autónoma, si tiene entre 12 y 16 requiere autorización de los padres. Si tiene entre 16 y 18 debe consultar a los padres pero no requiere su autorización. Para más información consultar: <https://www.government.nl/topics/euthanasia/euthanasia-and-newborn-infants>

⁴⁸ Para más información consultar: <https://wfrtds.org/dutch-law-on-termination-of-life-on-request-and-assisted-suicide-complete-text/> y el Código de prácticas para la eutanasia en Países Bajos (2018): <https://english.euthanasiacommissie.nl/the-committees/documents/publications/euthanasia-code/euthanasia-code-2018/euthanasia-code-2018/codigo-eutanasia-2018>

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
		<p>No es requisito que enfermedad sea terminal ni una determinada expectativa de vida.</p> <p>No se permite si el paciente está en coma y no es consciente de su sufrimiento. En esos casos solo se permite por manifestación expresa en documento de voluntad anticipada.</p>	<p>La persona debe manifestar su voluntad de manera fundamentada. Se permite voluntad anticipada. No debe ser escrita pero sí expresa.</p> <p>El médico a cargo debe consultar la segunda opinión de otro médico sobre el cumplimiento de los requisitos.</p>			
Luxemburgo	Mayores de edad	<p>Enfermedad grave, incurable, irreversible que genere sufrimiento físico o psíquico constante y que sea intolerable.</p> <p>La persona debe ser consiente al momento de la solicitud y debe dar su consentimiento voluntario y reflexivo.</p>	<p>Cuidados paliativos, eutanasia y suicidio asistido.</p> <p>El procedimiento debe ser realizado por un médico.</p> <p>La persona debe manifestar consentimiento por escrito.</p> <p>Se protege de la acción penal del estado a los médicos que realicen el procedimiento de eutanasia o de suicidio asistido.</p>	Ley ⁴⁹	Poder legislativo	2009
Nueva Zelanda	Tener más de 18 años.	<p>Ser ciudadano o residente permanente de Nueva Zelanda.</p> <p>Padecer enfermedad terminal que acabe con su vida de manera probable en siguientes 6 meses.</p> <p>Estar en estado avanzado de deterioro físico irreversible, con sufrimiento intolerable que no pueda aliviarse</p> <p>Estar en capacidad de decidir de manera informada</p> <p>No aplica para discapacidades de ningún tipo</p>	<p>Muerte médicamente asistida mediante autoadministración de medicamentos a administración de medicamentos por parte de un médico para causar la muerte.</p> <p>Se garantiza protección de acción penal para quien desarrolle el procedimiento de la muerte médicamente asistida.</p>	Ley luego de aprobado un referendo.	Poder legislativo	2019-2020-2021 ⁵⁰

⁴⁹ Para más información consultar: <http://data.legilux.public.lu/file/eli-etat-leg-memorial-2009-46-fr-pdf.pdf>

⁵⁰ La ley fue aprobada en 2019 (End of life choice act 2019) pero su entrada en vigor se supeditó a un referendo celebrado en 2020 en el que el sí ganó con el 65,1% de los votos. La ley entró en vigor en 2021. Para más información consultar: <https://www.legislation.govt.nz/act/public/2019/0067/latest/whole.html#DLM7285905> y https://gazette.govt.nz/assets/pdf-cache/2020/2020-au5132.pdf?2020-12-17_22%3A50%3A30=

Pais	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
Suiza	No se especifica	No se exige sujeto activo ni pasivo calificado. Es frecuente que personas extranjeras hagan uso del suicidio asistido en Suiza.	El código penal prohíbe la eutanasia (Artículo 114 código penal). ⁵¹ Permite el suicidio asistido cuando no se comete con propósitos egoístas.	No se encuentra regulado pero es de uso común.	No aplica	No aplica

Es observable de la tabla precedente que Colombia fue uno de los Estados pioneros en el mundo en el reconocimiento de la muerte digna y de la muerte médicamente asistida. En 1997, cuando la Corte Constitucional profirió la Sentencia C-239 de 1997 solo Bélgica, Holanda y Estados Unidos (Oregón) permitían morir de manera digna. En los últimos 25 años, sin embargo, otros ocho países han adoptado regulaciones de tipo legal para permitir el ejercicio del mismo derecho. Sin embargo, Colombia se ha estancado y permanece sumido en el vacío normativo que motiva la radicación de la presente iniciativa.

En términos sustantivos, todas las leyes existentes en el mundo adoptan el consentimiento del paciente como núcleo del derecho a morir dignamente, en sus diversas modalidades. Así, hay variedad de diseños en materia de la edad mínima para acceder y la forma para manifestar la voluntad (por escrito, verbalmente, de forma sustituta, previa) pero siempre es un elemento central y un requisito sin el cual es imposible practicar el procedimiento.

A su vez, pese a que la mayoría de las regulaciones demandan que se trate de enfermedad terminal, las regulaciones más recientes tienden a reconocer mayor flexibilidad o amplitud en las condiciones médicas para acceder a la muerte médicamente asistida. En esa corriente parece insertarse la Corte Constitucional colombiana al privilegiar la dignidad humana y modificar la subregla en atención a lo cual basta con padecer un sufrimiento insoportable y no se hace exigible ser paciente de enfermedad terminal.

Llama la atención que contrario a lo que se ha desarrollado en Colombia, en múltiples Estados es dable que el paciente sea quien de manera autónoma se aplique el medicamento que le ocasiona la muerte. Pese a ello, en todos los casos es menester la autorización y observancia de los requisitos por parte de un médico.

Otro punto en común de las regulaciones extranjeras con la comprensión jurisprudencial que se ha desarrollado del derecho a la muerte digna en Colombia y en particular de la muerte médicamente

asistida es que se protege penalmente a los médicos encargados de practicar el procedimiento. Así, tanto en otros Estados como en el nuestro, la muerte médicamente asistida no solo demanda una regulación para su ejercicio sino modificaciones en la ley penal para salvaguardar la seguridad jurídica de los encargados de garantizar el goce efectivo al derecho de morir dignamente.

Como medio para anticipar argumentos que aduzcan que la práctica de la muerte digna puede esconder prácticas eugenésicas, es llamativo que en ningún estado la discapacidad o las enfermedades mentales pueden servir como medio para acceder a los procedimientos eutanásicos. Además, es preciso destacar que en todas las regulaciones existentes se tiende a privilegiar la valoración subjetiva del sufrimiento insoportable. A su vez, se establece como pilar el hecho de que es una potestad, un derecho, una práctica voluntaria y no obligatoria. Además, el consentimiento sustituto está prácticamente proscrito o al menos fuertemente restringido y condicionado en todas las latitudes.

Esos elementos también son compartidos por los estándares constitucionales para el ejercicio de la muerte médicamente asistida que ha fijado la Corte Constitucional.

Como aporte adicional, conviene traer a colación el estudio de Battin, Van der Heide et al (2007), citado también por el Proyecto 007 de 2021 Cámara, que concluye que los lugares en que primero se reguló la muerte médicamente asistida (Bélgica, Holanda y Estados Unidos) no presentaron incrementos en la vulneración de los requisitos para acceder a la muerte digna. Tampoco se empleó para eliminar individuos pertenecientes a poblaciones históricamente discriminadas o sujetas de especial protección constitucional como las personas con discapacidad, los adultos mayores, las personas con enfermedades mentales o los adultos mayores.

Otro posible argumento en contra de regular la muerte médicamente asistida refiere que la calidad de los cuidados paliativos puede empeorar como consecuencia de la flexibilización o del incremento en la facilidad de acceso a los procedimientos eutanásicos. Sin embargo, los casos de Holanda y Bélgica que regularon la muerte médicamente asistida en 2002 desmienten esa tesis. De acuerdo con Bernheim, Chambaere et al, (2014), citado

⁵¹ Para más información consultar: https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/20200701/de/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-54-757_781_799-20200701-de-pdf-a.pdf y <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6794705/>

también por el Proyecto 007 de 2021 Cámara, los sistemas de cuidados paliativos de estos dos países en 2005 alcanzaron los niveles de calidad de Estados como España y Reino Unido, punteros europeos en esa materia. Entre otras, señalan los autores, que ese logro se debió a un compromiso político que se tradujo en medidas concretas. Por ejemplo, en Bélgica la inversión para los sistemas de cuidado paliativo aumentó en 10% luego de la aprobación de la regulación que permitió el acceso a la muerte médicamente asistida.

Otros textos como el de Woitha, Gerralda et al (2016), citado también por el Proyecto 007 de 2021 Cámara, concluyeron que entre los cuatro estados europeos con mejores sistemas de cuidado paliativo figuran tres que permiten desde hace al menos trece años la muerte médicamente asistida. Esos tres estados son justamente Bélgica, Holanda y Luxemburgo.

Todo lo anterior parece indicar que contrario a lo que afirman los detractores de la muerte médicamente asistida, fortalecer los mecanismos regulatorios de esa modalidad de ejercicio de la muerte digna favorece el mejoramiento de la calidad y el fortalecimiento de los cuidados paliativos. Ello tiene sentido y guarda relación con la comprensión del derecho a la muerte digna en Colombia en virtud de la cual las tres modalidades de ejercicio de ese derecho son igual de importantes y lejos de ser excluyentes pueden ser complementarias.

De lo expresado en las páginas precedentes se concluye reafirmando la necesidad urgente de corregir la omisión legislativa en la materia por intermedio de una regulación estatutaria. Morir dignamente es un derecho fundamental que ha sido reconocido como tal en normas de rango constitucional. Pese a los esfuerzos de la Corte Constitucional para establecer criterios y estándares mínimos para el ejercicio de ese derecho mediante la muerte médicamente asistida, los actos administrativos que ha expedido el Ministerio de Salud se quedan cortos. La histórica y reiterada inacción del Congreso amenaza el goce efectivo del derecho y supone un riesgo para la dignidad humana de las personas sujetas de especial protección como aquellas que cumplen los requisitos para recibir la muerte médicamente asistida.

Establecer criterios normativos de carácter legal para el ejercicio de la muerte médicamente asistida no implica la renuncia a las creencias o convicciones morales propias. De ningún modo comporta la imposición de la eutanasia a nadie. Al contrario, deviene en el reconocimiento máximo de la libertad no solo para permitir que cada quien actúe conforme sus principios morales y religiosos, sino para permitir que decida de acuerdo a su voluntad y preferencias en el último acto de la vida como lo es la muerte. La aprobación de este proyecto de ley coadyuva a materializar el proyecto constitucional de 1991 garantizando los derechos

fundamentales de la población y acercando la posibilidad compartida de cohabitar una sociedad más digna.

5. SOBRE LA NATURALEZA DE LEY ESTATUTARIA

Se considera que el presente proyecto de ley debe ser tramitado por vía de Ley Estatutaria atendiendo a lo dispuesto en los artículos 152 de la Constitución y 207 de la Ley 5ª de 1992. A tenor de lo previsto en esos fundamentos normativos, serán leyes estatutarias aquellas que regulen derechos y deberes fundamentales de las personas y establezcan procedimientos para su protección.

Si bien la Corte Constitucional ha precisado que no toda ley que tenga relación con algún o algunos derechos fundamentales es estatutaria, lo cierto es que este proyecto de ley articula los fundamentos esenciales del derecho a morir dignamente. Ese derecho y por ende la regulación propuesta en el presente proyecto de ley dialoga con el ejercicio de otros derechos fundamentales como la autonomía de la voluntad, el libre desarrollo de la personalidad, la vida y la dignidad humana.

En consecuencia, se considera que este proyecto satisface los criterios para ser estatutaria, a saber: regular elementos esenciales de un derecho fundamental como la muerte digna y ser medio para el goce efectivo de otros derechos fundamentales entre los que se encuentran aquellos mencionados en el párrafo anterior.

6. COMPETENCIA DEL CONGRESO

6.1. CONSTITUCIONAL

Artículo 114. *Corresponde al Congreso de la República reformar la Constitución, hacer las leyes y ejercer control político sobre el gobierno y la administración.*

El Congreso de la República, estará integrado por el Senado y la Cámara de Representantes.

Artículo 150. *Corresponde al Congreso hacer las leyes. Por medio de ellas ejerce las siguientes funciones:*

1. *Interpretar, reformar y derogar las leyes.*
2. *Expedir códigos en todos los ramos de la legislación y reformar sus disposiciones.*
3. *Aprobar el plan nacional de desarrollo y de inversiones públicas que hayan de emprenderse o continuarse, con la determinación de los recursos y apropiaciones que se autoricen para su ejecución, y las medidas necesarias para impulsar el cumplimiento de los mismos.*
4. *Definir la división general del territorio con arreglo a lo previsto en esta Constitución, fijar las bases y condiciones para crear, eliminar, modificar o fusionar entidades territoriales y establecer sus competencias.*

Artículo 152. *Mediante las leyes estatutarias, el Congreso de la República regulará las siguientes materias:*

- a) *Derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección;*
- b) *Administración de justicia;*
- c) *Organización y régimen de los partidos y movimientos políticos; estatuto de la oposición y funciones electorales;*
- d) *Instituciones y mecanismos de participación ciudadana.*
- e) *Estados de excepción.*
- f) *La igualdad electoral entre los candidatos a la Presidencia de la República que reúnan los requisitos que determine la ley.*

Parágrafo Transitorio. *El Gobierno nacional o los miembros del Congreso presentarán, antes del 1º de marzo de 2005, un Proyecto de Ley Estatutaria que desarrolle el literal f) del artículo 152 de la Constitución y regule además, entre otras, las siguientes materias: Garantías a la oposición, participación en política de servidores públicos, derecho al acceso equitativo a los medios de comunicación que hagan uso del espectro electromagnético, financiación preponderantemente estatal de las campañas presidenciales, derecho de réplica en condiciones de equidad cuando el Presidente de la República sea candidato y normas sobre inhabilidades para candidatos a la Presidencia de la República.*

El proyecto tendrá mensaje de urgencia y podrá ser objeto de mensaje de insistencia si fuere necesario. El Congreso de la República expedirá la Ley Estatutaria antes del 20 de junio de 2005. Se reducen a la mitad los términos para la revisión previa de exequibilidad del Proyecto de Ley Estatutaria, por parte de la Corte Constitucional.

6.2. LEGAL

LEY 5ª DE 1992. POR LA CUAL SE EXPIDE EL REGLAMENTO DEL CONGRESO; EL SENADO Y LA CÁMARA DE REPRESENTANTES

Artículo 6º. *Clases de funciones del Congreso. El Congreso de la República cumple:*

(...)

2. *Función legislativa, para elaborar, interpretar, reformar y derogar las leyes y códigos en todos los ramos de la legislación.*

Artículo 139. *Presentación de proyectos. Los proyectos de ley podrán presentarse en la Secretaría General de las Cámaras o en sus plenarias.*

Artículo 140. *Iniciativa legislativa. Pueden presentar proyectos de ley:*

1. *Los Senadores y Representantes a la Cámara individualmente y a través de las bancadas.*

LEY 3ª DE 1992. POR LA CUAL SE EXPIDEN NORMAS SOBRE LAS COMISIONES DEL CONGRESO DE COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

Artículo 2º. *Tanto en el Senado como en la Cámara de Representantes funcionarán Comisiones Constitucionales Permanentes, encargadas de dar primer debate a los proyectos de acto legislativo o de ley referente a los asuntos de su competencia.*

Las Comisiones Constitucionales Permanentes en cada una de las Cámaras serán siete (7) a saber:

Comisión Primera.

Compuesta por diecinueve (19) miembros en el Senado y treinta y cinco (35) en la Cámara de Representantes, conocerá de: reforma constitucional; leyes estatutarias; organización territorial; reglamentos de los organismos de control; normas generales sobre contratación administrativa; notariado y registro; estructura y organización de la administración nacional central; de los derechos, las garantías y los deberes; rama legislativa; estrategias y políticas para la paz; propiedad intelectual; variación de la residencia de los altos poderes nacionales; asuntos étnicos. (Subrayado por fuera del texto).

7. CONFLICTOS DE INTERÉS.

Dando alcance a lo establecido en el artículo 3º de la Ley 2003 de 2019, “*Por la cual se modifica parcialmente la Ley 5ª de 1992*”, se hacen las siguientes consideraciones a fin de describir la circunstancias o eventos que podrían generar conflicto de interés en la discusión y votación de la presente iniciativa legislativa, de conformidad con el artículo 286 de la Ley 5ª de 1992, modificado por el artículo 1º de la Ley 2003 de 2019, que reza:

“Artículo 286. Régimen de conflicto de interés de los congresistas. *Todos los congresistas deberán declarar los conflictos de intereses que pudieran surgir en ejercicio de sus funciones.*

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.(...)*”.

Sobre este asunto la Sala Plena Contenciosa Administrativa del Honorable Consejo de Estado en su Sentencia 02830 del 16 de julio de 2019, M. P. Carlos Enrique Moreno Rubio, señaló que:

“No cualquier interés configura la causal de desinstitución 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 concurra 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”.

Se estima que la discusión y aprobación del presente Proyecto de Ley Estatutaria no configura un beneficio particular, actual o directo a favor de un congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente o pariente dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, ya que regular el acceso al derecho fundamental a la muerte digna es una acción de carácter general.

A su vez, el reconocimiento legal de derechos consagrados en la Constitución Política, y en este caso las disposiciones relativas a la protección y garantía del derecho fundamental a la muerte digna no otorga privilegios de ninguna clase, no genera ganancias, no crea indemnizaciones económicas y no elimina obligaciones de ningún tipo.

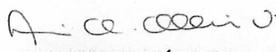
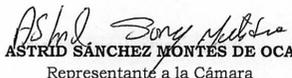
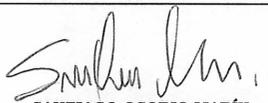
Es menester señalar que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite o votación del presente Proyecto de Ley Estatutaria, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la Ley 5ª de 1992 modificado por la Ley 2003 de 2019, no exime al Congresista de identificar causales adicionales en las que pueda estar incurso.

8. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las anteriores consideraciones, presento ponencia positiva y, en consecuencia, solicito a los Honorables Representantes que integran la Comisión Primera de la Cámara de Representantes, dar Primer Debate al Proyecto de Ley Estatutaria número 006 de 2022 Cámara, *por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la*

modalidad de muerte médicamente asistida y se dictan otras disposiciones”.

Cordialmente,

 JUAN CARLOS LOZADA VARGAS Representante a la Cámara Coordinador Ponente	 GABRIEL BECERRA Representante a la Cámara Coordinador Ponente
 ADRIANA CAROLINA ARBELÁEZ GIRALDO Representante a la Cámara Ponente	 LUIS ALBERTO ALBÁN URBANO Representante a la Cámara Ponente
 JAMES HERMENEGILDO MOSQUERA TORRES Representante a la Cámara Ponente	 ASTRID SÁNCHEZ MONTES DE OCA Representante a la Cámara Ponente
JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE Representante a la Cámara Ponente	MARELEN CASTILLO TORRES Representante a la Cámara Ponente
JOSÉ JAIME USCÁTEGUI PASTRANA Representante a la Cámara Ponente	 SANTIAGO OSORIO MARÍN Representante a la Cámara Ponente

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA NÚMERO 006 DE 2022 CÁMARA

por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de la República

DECRETA:

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO ÚNICO

Artículo 1°. *Objeto.* Esta ley estatutaria tiene por objeto regular el acceso al derecho fundamental a la muerte digna en la modalidad de muerte médicamente asistida y garantizar la seguridad jurídica de las personas involucradas en el procedimiento por medio del cual se aplica la muerte médicamente asistida.

Artículo 2°. *Principios orientadores del derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida.* La aplicación e interpretación del derecho a morir dignamente mediante la modalidad de muerte médicamente asistida debe guiarse por los siguientes principios:

2.1. Prevalencia de la autonomía de la persona. Los profesionales de la medicina y demás intervinientes en el proceso y en la aplicación de la muerte médicamente asistida

deberán analizar las solicitudes relativas a este procedimiento atendiendo siempre a la voluntad de la persona.

- 2.2. Celeridad.** El derecho a morir dignamente no puede dilatarse en el tiempo pues ello implicaría imponer una carga excesiva a la persona que podría derivar en tratos crueles, inhumanos y degradantes. El procedimiento y la aplicación de la muerte médicamente asistida debe ser ágil, rápido y sin ritualismos excesivos que alejen a la persona del goce efectivo del derecho.
- 2.3. Oportunidad.** La voluntad de la persona deberá ser respetada y atendida a tiempo, sin que se prolongue excesivamente su sufrimiento al punto de que se cause su muerte en las condiciones de dolor e indignidad que, precisamente, se quisieron evitar.
- 2.4. Imparcialidad.** Los profesionales de la salud y demás intervinientes deberán ser neutrales en la aplicación de los procedimientos orientados a hacer efectivo el derecho a morir dignamente. No podrán sobreponer sus posiciones personales sean ellas de contenido ético, moral o religioso, frente al reconocimiento y materialización del derecho. En todo caso se respetará la objeción de conciencia de las personas naturales.
- 2.5. Gratuidad.** La realización del procedimiento de muerte médicamente asistida será gratuita tanto para la persona solicitante como para su familia siempre y en todo lugar.
- 2.6. Disponibilidad.** Se deberá garantizar la existencia y funcionamiento de suficientes bienes, servicios, profesionales y centros de atención en salud para que todos los titulares del derecho a la salud puedan gozar de manera efectiva del mismo bajo la modalidad de la muerte médicamente asistida.
- 2.7. Accesibilidad y no discriminación.** Los bienes, servicios, profesionales y centros de atención en salud relacionados con la aplicación de la muerte médicamente asistida deberán ser accesibles en términos geográficos, físicos y económicos para toda la población, especialmente para las personas sujetas de especial protección constitucional.

Las autoridades y personas jurídicas competentes, según sea el caso, deberán adecuar la infraestructura, los servicios, procedimientos, reglamentos y mecanismos de transmisión de la información y de verificación de los requisitos que esta ley plantee para garantizar el acceso a la muerte médicamente asistida. Como resultado de los ajustes se deberán desmontar y prevenir que se constituyan barreras que impidan o dificulten el goce efectivo del derecho a morir dignamente bajo la modalidad de muerte médicamente asistida.

La aplicación de la muerte médicamente asistida y del derecho a morir dignamente se debe garantizar en condiciones de igualdad formal y material para todas las personas titulares del derecho. No se puede impedir el acceso a la muerte médicamente asistida con criterios diferentes a los que esta ley establezca. En ningún caso podrán imponerse barreras o distinciones arbitrarias basadas en el género, la orientación sexual, la raza o etnia, la condición económica, las creencias religiosas, y las concepciones políticas de las personas involucradas en el procedimiento de la muerte médicamente asistida.

- 2.8. Aceptabilidad.** La garantía del derecho a morir dignamente bajo la modalidad de la muerte médicamente asistida deberá darse con arreglo a los mayores estándares éticos. No podrán desarrollarse prácticas de imposición cultural, se garantizará el debido respeto por la diversidad cultural y la realización de ajustes razonables considerando particularidades étnicas, etarias y de discapacidad.
- 2.9. Calidad.** La totalidad de los servicios y acciones vinculadas con la garantía del derecho a morir dignamente bajo la modalidad de la muerte médicamente asistida deberán cumplir con los mayores estándares científicos y médicos y con los criterios previstos en la presente ley.
- 2.10. Acceso a la información.** El acceso pleno y permanente a la información es necesario para ejercer el derecho a morir dignamente, particularmente, en la modalidad de muerte médicamente asistida. Se debe garantizar la difusión y accesibilidad de la información entre toda la población respecto de los mecanismos, requisitos y particularidades para ejercer el derecho a morir dignamente bajo la modalidad de la muerte médicamente asistida.

Todos los involucrados en la prestación del procedimiento de la muerte médicamente asistida deberán garantizar que la persona solicitante del procedimiento y su familia tengan acceso pleno y permanente a la información sobre su estado de salud, sobre el pronóstico de este y sobre la posibilidad y los mecanismos para ejercer el derecho a morir dignamente, particularmente, bajo la modalidad de muerte médicamente asistida.

Artículo 3°. *Definiciones.* Para el cumplimiento de esta ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

- 3.1. Derecho a morir dignamente.** Es un derecho fundamental, complejo, autónomo e independiente, conexo con la dignidad humana, con la autonomía individual, con la salud, con la intimidad personal y familiar, con el acceso a la información, con el libre desarrollo de la personalidad y con la prohibición de sufrir tratos crueles, inhumanos

o degradantes. 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 y el cuidado integral del proceso de la propia muerte. Eso incluye los cuidados paliativos; la adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico y la muerte médicamente asistida.

3.2. Muerte médicamente asistida. Es una de las modalidades constitucionalmente reconocidas para el ejercicio del derecho a morir dignamente. Es un procedimiento médico mediante el cual un profesional de la medicina induce la muerte de manera anticipada a una persona que así lo ha solicitado. La solicitud emana de la decisión libre, expresa, autónoma, específica, clara, informada, inequívoca y reiterada de la persona en atención a que padece intolerables sufrimientos físicos o psíquicos relacionados con una enfermedad grave e incurable o con una lesión corporal.

3.3. Documento de Voluntad Anticipada-DVA. Es un documento con valor jurídico y cuyo contenido debe ser acatado y respetado. En este documento la persona en forma anticipada manifiesta de manera libre, expresa, autónoma, específica, clara, consciente, inequívoca e informada su voluntad y consentimiento respecto del acceso al derecho a morir dignamente. Ello puede incluir sus deseos respecto del acceso a cuidados paliativos, a la interrupción o adecuación de los esfuerzos terapéuticos y a la muerte médicamente asistida. También puede adoptar decisiones respecto de temas económicos, patrimoniales y relacionadas con otros asuntos de su vida personal para que sean tenidos en cuenta una vez haya muerto.

El contenido de los documentos de voluntad anticipada puede ser modificado, sustituido o revocado por su suscriptor en cualquier momento, pero su contenido será de obligatorio cumplimiento una vez la persona no se encuentre en capacidad de decidir ni de manifestar su voluntad y se acredite el cumplimiento de los requisitos legales para ejercer el derecho a morir dignamente.

3.4. Enfermedad incurable avanzada: Aquella enfermedad o condición patológica cuyo curso es progresivo y gradual, con diversos grados de afectación. Se caracteriza por la generación de sufrimiento físico o psíquico y por tener una respuesta variable a los tratamientos específicos y por conducir de manera probable, a la muerte de quien la padece.

3.5. 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 o psíquico a pesar de haber recibido el tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a seis (6) meses.

3.6. Adecuación de los esfuerzos terapéuticos:

La decisión de la persona de adaptar, suspender, interrumpir, retirar o no iniciar el plan de tratamiento terapéutico cuando este no cumpla 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.

3.7. Participantes en la aplicación de la muerte médicamente asistida.

Para los efectos de esta ley se tendrán por participantes en el proceso que conduce a la aplicación de la muerte médicamente asistida a los siguientes sujetos o actores: El solicitante para recibir la muerte médicamente asistida, la familia del solicitante, el profesional de la medicina designado para aplicar la muerte médicamente asistida, la Entidad Promotora de Salud del solicitante, la Institución Prestadora de Salud encargada de aplicar el procedimiento de la muerte médicamente asistida y las personas que integren el Comité científico interdisciplinario para morir dignamente.

Podrán considerarse como participantes según sea el caso y dentro de los límites fijados en esta ley la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo, la Superintendencia de Salud, las Secretarías municipales y distritales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social o las entidades que hagan sus veces.

Artículo 4°. *Complementariedad entre las diferentes modalidades de ejercicio del derecho fundamental a morir dignamente.* El ejercicio del derecho fundamental a morir dignamente ha sido reconocido a través de múltiples modalidades entre las que se encuentran los cuidados paliativos, la adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico y la muerte médicamente asistida.

No existe incompatibilidad entre las diferentes modalidades de ejercicio del derecho a morir dignamente lo que implica que la persona puede hacer uso de las distintas modalidades de manera concomitante y todas pueden contribuir a aumentar la dignidad y la capacidad de autodeterminación de la persona en el umbral de su muerte.

Artículo 5°. *Garantías para el acceso al derecho a morir dignamente en relación con el ejercicio de las diferentes modalidades constitucionalmente reconocidas.* No se podrá exigir el agotamiento o uso de una de las modalidades de ejercicio del derecho a morir dignamente de forma previa o como prerrequisito para hacer uso de otra de las modalidades.

No se podrá negar el acceso a una de las modalidades de ejercicio del derecho a morir dignamente aduciendo que la persona hizo previo uso de otra modalidad, salvo en los casos en los que el ejercicio del derecho se haya agotado con la ocurrencia de la muerte de la persona.

No se podrá exigir que una persona acepte o haga uso de un tratamiento que considera desproporcionado, inútil o que riña con su concepto de vida y muerte digna. Corresponderá a la persona determinar cuál es el cauce que mejor se adecúa a su condición de salud, a sus intereses vitales, y a su concepto de vida digna.

Artículo 6°. *Titulares del derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida.* Son titulares del derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida todas las personas nacionales de Colombia y quienes, sin ser nacionales del país, acrediten al menos un año de residencia continua en Colombia al momento de realizar la solicitud de acceso a la muerte médicamente asistida. Esto incluye a los niños, niñas y adolescentes, quienes deberán estar representados por sus padres o representantes legales, de conformidad con lo planteado en la presente ley.

Para acceder a la muerte médicamente asistida será necesario cumplir todos los requisitos establecidos en esta ley que, únicamente para el caso de niñas, niños y adolescentes, serán diferenciales con respecto al resto de la población.

Parágrafo 1°. El derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad será respetado como medio para garantizar su acceso a la muerte médicamente asistida y su goce efectivo del derecho a morir dignamente. Las personas con discapacidad podrán hacer uso de los mecanismos previstos en la Ley 1996 de 2019 o en aquellas normas que la modifiquen o deroguen para manifestar su voluntad y consentimiento, el cual en todo caso deberá cumplir con los estándares previstos en la presente ley. En ninguna circunstancia se considerará motivo suficiente para acceder a la muerte médicamente asistida el simple hecho de contar con una discapacidad.

Artículo 7°. *Acompañamiento de la Defensoría del Pueblo y de la Superintendencia de Salud.* La Defensoría del Pueblo y la Superintendencia de Salud, o las entidades que hagan sus veces, obrando en el marco de sus competencias, deberán concurrir para garantizar la correcta aplicación de las disposiciones de la presente ley y para promover el acceso y conocimiento de las condiciones de ejercicio del derecho a morir dignamente, en particular en la modalidad de muerte médicamente asistida.

Artículo 8°. *Alcance del acompañamiento por parte del Ministerio Público y la Superintendencia de Salud.* La Superintendencia de Salud, o la entidad que haga sus veces, en ejercicio de sus competencias deberá velar por que las empresas, entidades e

instituciones del sector salud, en especial las instituciones prestadoras de salud y las Entidades Promotoras de Salud, cumplan las disposiciones contenidas en la presente ley y garanticen el ejercicio del derecho a morir dignamente, en particular en la modalidad de muerte médicamente asistida. La entidad deberá intervenir cuando advierta que ello no ocurra, a través de los mecanismos previstos para ello.

La Defensoría del Pueblo instruirá y orientará a los habitantes del territorio nacional y a los colombianos en el exterior en el ejercicio y defensa de su derecho fundamental a morir dignamente ante las autoridades competentes o entidades de carácter privado. La Defensoría del Pueblo también promoverá y divulgará el contenido de la presente ley y los requisitos, condiciones y modalidades para ejercer el derecho a morir dignamente en particular en la modalidad de muerte médicamente asistida.

La Procuraduría General de la Nación o la entidad que haga sus veces podrá intervenir dentro de sus competencias cuando lo considere para garantizar el correcto cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente ley.

Artículo 9°. *Poder reglamentario y obligaciones del Ministerio de Salud y Protección Social.* El Ministerio de Salud y Protección Social deberá, en el marco de sus competencias, realizar las adecuaciones normativas y reglamentarias a las que haya lugar para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a morir dignamente, en particular en la modalidad de muerte médicamente asistida, en los términos previstos en la presente ley. Para ello contará con seis (6) meses luego de la entrada en vigor de la presente ley.

En relación con la aplicación de las disposiciones previstas en la presente ley el Ministerio de Salud y Protección Social deberá formular la política pública correspondiente, así como dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos necesarios para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a morir dignamente, en particular en la modalidad de muerte médicamente asistida. Todo ello, conforme lo previsto en la presente norma estatutaria.

En el cumplimiento de las referidas obligaciones el Ministerio de Salud y Protección Social deberá garantizar que la muerte médicamente asistida y el derecho fundamental a morir dignamente se dé de conformidad con los principios orientadores previstos en el artículo 2° de la presente ley y en particular con los de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

El Ministerio de Salud y Protección Social podrá prestar asesoramiento y ayuda a las secretarías distritales y municipales de salud para garantizar el cumplimiento de las disposiciones de la presente ley y el goce efectivo del derecho fundamental a morir dignamente en particular en la modalidad de muerte médicamente asistida.

Artículo 10. *Monitoreo a la implementación de la ley y al goce efectivo del derecho a morir dignamente.* El Ministerio de Salud y Protección Social deberá rendir un informe anual sobre el cumplimiento de sus obligaciones en relación con la garantía del derecho fundamental a morir dignamente, el acceso a la muerte médicamente asistida y sobre el cumplimiento de lo previsto en la presente ley, ante la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes y del Senado de la República. El informe deberá darse en una sesión de las respectivas comisiones dentro del primer mes de cada legislatura.

Artículo 11. *Medidas para la accesibilidad.* Los diferentes actores del sistema de salud, –incluyendo las entidades públicas con competencia en la materia, las Entidades Promotoras de Salud y las instituciones prestadoras de salud–, están obligadas a desmontar las barreras de acceso al sistema de salud que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la muerte digna y en particular que obstan para el acceso a la muerte médicamente asistida.

Los diferentes actores del sistema de salud, –incluyendo las entidades públicas con competencia en la materia, las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud–, tendrán seis (6) meses a partir de la entrada en vigor de la presente ley para identificar las barreras que, dentro del ámbito de sus competencias, dificultan o impiden el goce efectivo del derecho a morir dignamente, en particular mediante la modalidad de muerte médicamente asistida.

Esta evaluación deberá repetirse al menos cada tres (3) años tomando como referencia la fecha de entrada en vigor de la presente ley con la finalidad identificar si siguen existiendo, o si se crearon nuevas barreras frente al goce efectivo de este derecho. De la misma forma, tendrán seis (6) meses siguientes a la realización de la referida evaluación para adoptar los correctivos correspondientes que permitan su desmonte.

Parágrafo 1°. Los diferentes actores del sistema de salud, –incluyendo las entidades públicas con competencia en la materia, las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud–, tendrán un (1) año tras la entrada en vigor de la presente ley para ajustar sus protocolos y las normas reglamentarias para garantizar el cumplimiento de las disposiciones de la presente ley y el goce efectivo del derecho a morir dignamente, particularmente en relación con la muerte médicamente asistida. Los ajustes normativos deberán considerar los hallazgos encontrados como resultado del ejercicio del que trata el presente artículo.

Artículo 12. *Monitoreo a las acciones para garantizar la accesibilidad.* Cada actor del sistema de salud, como resultado del ejercicio de identificación de barreras del que trata el artículo anterior, deberá entregar al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia de Salud un informe detallado

sobre los hallazgos encontrados en el término de un (1) mes luego de realizado el ejercicio.

En el término de siete (7) meses luego de entregado el informe del que trata el inciso anterior, cada actor del sistema de salud deberá entregar al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia de Salud un informe reportando las acciones adoptadas para desmontar las barreras identificadas.

El Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud, dentro del marco de sus competencias, podrán ordenar la adopción de medidas adicionales y corroborar la adopción de las medidas reportadas.

Artículo 13. *Derechos de la familia de la persona que pretende ejercer su derecho a morir dignamente.* Las personas dentro del segundo grado de consanguinidad y afinidad de quien pretende ejercer su derecho a morir dignamente tienen derecho a gozar de acompañamiento médico, social, espiritual y psicológico para contener o manejar los efectos o consecuencias negativas que podrían derivarse tanto de la decisión de solicitar el procedimiento de acceso a la muerte digna, como del propio deceso del paciente. Gozarán de este derecho antes, durante y después de que su familiar acceda a los servicios contemplados en cualquiera de las modalidades reconocidas para ejercer el derecho a morir dignamente.

Quienes intervengan en cumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente artículo deberán ser imparciales en todo momento y lugar respecto del ejercicio de la muerte médicamente asistida.

El derecho a los servicios contemplados en el presente artículo deberá estar garantizado desde el momento en que la persona manifieste su intención de acudir a cualquiera de las modalidades reconocidas para ejercer su derecho a la muerte médicamente asistida.

Artículo 14. *Amparo de pobreza para el ejercicio de los derechos de la familia de la persona que pretende ejercer su derecho a morir dignamente.* Para acceder a los servicios de los que trata el artículo anterior se podrá hacer uso de un amparo de pobreza en favor de las personas dentro del segundo grado de consanguinidad y afinidad de quien pretende ejercer su derecho a morir dignamente y que acrediten pertenecer a los grupos A1 al B4 del Sisbén IV o a los grupos equivalentes en la metodología que lo modifique o sustituya o en cualquier otro sistema que el Estado determine para fines similares. En esos casos los costos por la prestación de los servicios serán cubiertos por el Estado.

Artículo 15. *Medidas pedagógicas y educativas.* El Ministerio de Educación Nacional deberá garantizar la incorporación al proceso educativo de los niños, niñas y adolescentes la enseñanza del valor de la vida y su relación con la responsabilidad social, la libertad, la autonomía de la persona, la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad.

El Ministerio de Educación Nacional, en asocio con el Ministerio de Salud y Protección Social y con las secretarías distritales y municipales de salud o las entidades que hagan sus veces deberán garantizar la capacitación de los actores del sistema de salud sobre el alcance, contenido, importancia y modalidades de ejercicio del derecho fundamental a la muerte digna. También lo harán respecto del contenido de la presente ley y de los deberes, derechos y obligaciones que les asisten en relación con las disposiciones contenidas en la presente ley y en las normas que la reglamenten.

El Ministerio de Educación Nacional, en asocio con el Ministerio de Salud y Protección Social y con las instituciones públicas y privadas de educación superior deberá garantizar la capacitación de los estudiantes de medicina sobre el alcance, contenido, importancia y modalidades de ejercicio del derecho fundamental a la muerte digna. También lo harán respecto del contenido de la presente ley y de los deberes, derechos y obligaciones que les asisten en relación con las disposiciones contenidas en la presente ley y en las normas que la reglamenten.

Parágrafo 1°. Las medidas de las que trata el presente artículo deberán realizarse al menos con frecuencia anual.

TÍTULO II

PROCESO PARA ACCEDER AL DERECHO A LA MUERTE DIGNA EN LA MODALIDAD DE MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA TRATÁNDOSE DE PERSONAS MAYORES DE EDAD

CAPÍTULO I

Participantes en el proceso y requisitos para el acceso a la muerte médicamente asistida

Artículo 16. *Participantes.* Serán participantes en el proceso para acceder a la muerte médicamente asistida en mayores de edad: El solicitante mayor de edad que desea recibir la muerte médicamente asistida, las personas hasta dentro del segundo grado de consanguinidad o afinidad del solicitante, el profesional de la medicina designado para aplicar la muerte médicamente asistida, la Entidad Promotora de Salud del solicitante, la Institución Prestadora de Salud encargada de aplicar el procedimiento de la muerte médicamente asistida, quienes testifiquen en el proceso de formalización del consentimiento y las personas que integren el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.

Artículo 17. *Requisitos.* Para la aplicación de la muerte médicamente asistida en una persona mayor de edad, se deberán cumplir con los siguientes requisitos:

1. Que la persona solicitante de la muerte médicamente asistida sea mayor de 18 años.
2. Que la persona solicitante de la muerte médicamente asistida presente una enfermedad grave e incurable o lesión corporal que le cause un intenso sufrimiento físico o psíquico. No es necesario, ni

será exigible, acreditar la existencia de enfermedad terminal ni pronóstico médico de muerte próxima.

3. Que la persona solicitante de la muerte médicamente asistida haya expresado su consentimiento y haya manifestado su voluntad de acceder a la muerte médicamente asistida. Se podrá hacer valer el consentimiento sustituto o un documento anticipado de voluntad en los términos previstos en el presente capítulo.
4. Que la aplicación de la muerte médicamente asistida sea realizada por un profesional de la medicina.

Artículo 18. *Del intenso sufrimiento y/o dolor físico o psíquico.* La determinación del grado de intenso sufrimiento y/o dolor físico o psíquico producto de una enfermedad grave e incurable o de una lesión corporal será estrictamente subjetiva. Deberá prevalecer y ser respetado el criterio subjetivo de la persona solicitante del procedimiento de muerte médicamente asistida para determinar si presenta un intenso sufrimiento físico o psíquico.

Podrán emplearse criterios objetivos propios de la ciencia y la medicina para determinar la relación de los intensos sufrimientos físicos y psíquicos con una enfermedad grave e incurable o con una lesión corporal.

CAPÍTULO II

Del consentimiento

Artículo 19. *Del consentimiento y sus elementos.* Toda persona capaz y en pleno uso de sus facultades legales y mentales, deberá expresar su consentimiento para acceder a la muerte médicamente asistida. El consentimiento válido para acceder a la muerte médicamente asistida por regla general deberá ser previo, autónomo y libre, informado, específico, inequívoco, claro y reiterado. Podrá ser expresado tanto de manera verbal como escrita.

Que sea previo implica que el consentimiento podrá ser expresado con anterioridad a la ocurrencia del evento médico (enfermedad o lesión) y en todo caso anterior a la realización del procedimiento de muerte médicamente asistida.

Que sea autónomo y libre significa que debe estar exento de presiones por parte de terceros y debe permitir comprobar la autoría e identificación de quien manifiesta la voluntad. Quien manifiesta la voluntad debe ser el solicitante de la muerte médicamente asistida.

Que sea informado implica que los especialistas deben brindar al solicitante y su familia toda la información necesaria para adoptar decisiones en torno a la vida y al proceso de muerte de la persona. El consentimiento debe considerar la información adecuada y pertinente brindada por el personal médico.

Que sea específico, inequívoco y claro implica que el sentido de la decisión debe ser consistente y

no debe dejar lugar a dudas respecto de la voluntad de la persona de recibir una muerte médicamente asistida.

Que sea reiterado implica que al solicitante se le debe preguntar días después de expresado el consentimiento si mantiene su decisión de acceder a la muerte médicamente asistida y sólo será posible continuar con el procedimiento si el solicitante responde de manera afirmativa.

Parágrafo 1°. De manera extraordinaria y excepcional será admisible el consentimiento sustituto. También podrá tenerse como válida la declaración de voluntad anticipada siempre que se cumplan los requisitos previstos en la presente ley para esos mecanismos de expresión del consentimiento. No se podrán exigir ambos requisitos para el desarrollo del procedimiento (consentimiento sustituto y documento de voluntad anticipada) pues con uno de los dos basta.

Parágrafo 2°. El cumplimiento de los requisitos contenidos en el presente artículo se deberá valorar de manera sistemática con lo previsto en los artículos 24, 25, 26, 27, 28 y 30 de la presente ley. En los casos que se adecúen a las situaciones extraordinarias previstas en los referidos artículos prevalecerán las reglas específicas para el consentimiento allí contenidas.

Artículo 20. *Formalización del consentimiento.* Para la formalización del consentimiento de la persona basta con que lo haga frente al profesional médico y frente a dos testigos. El profesional médico deberá dejar registro de la expresión del consentimiento en la historia clínica del solicitante.

Artículo 21. *Prevalencia del consentimiento final.* Si existen, por parte de la persona solicitante de la muerte médicamente asistida, distintas manifestaciones del consentimiento y estas se contradicen entre sí, prevalecerá la última.

Artículo 22. *Posibilidad de retracto.* En cualquier momento del trámite de la muerte médicamente asistida la persona solicitante podrá retirar su consentimiento y desistir de su solicitud y/u optar por otras alternativas en el marco del derecho a morir dignamente.

Artículo 23. *Manifestación del consentimiento en casos de personas con discapacidad.* Las personas mayores de edad en situación de discapacidad, como sujetos de derechos y en ejercicio de su capacidad jurídica 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.

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 vigor de la presente ley.

Artículo 24. *Manifestación previa del consentimiento.* El consentimiento podrá ser previo a la ocurrencia de la enfermedad grave e incurable o de la lesión corporal que le genere intensos sufrimientos físicos o psíquicos a la persona. No se requerirá la reiteración del consentimiento en el caso en que la persona solicitante hubiese manifestado su consentimiento de manera persistente y posteriormente se encuentre ante la imposibilidad de reiterar su decisión.

Parágrafo 1°. Para efectos del presente artículo debe entenderse que una persona manifestó su consentimiento de manera persistente cuando lo hizo en dos o más ocasiones.

Artículo 25. *Del consentimiento sustituto.* El consentimiento sustituto será válido y jurídicamente vinculante para acceder a la muerte médicamente asistida como una forma extraordinaria y excepcional de manifestación del consentimiento. Operará cuando la persona se encuentre en estado vegetativo o esté imposibilitado para expresar su voluntad. Se requerirá un concepto médico basado en elementos objetivos para acreditar el estado vegetativo o la imposibilidad de expresar el consentimiento.

El consentimiento sustituto podrá ser expresado por parte de una persona dentro de los dos grados de consanguinidad o afinidad de quien sea el potencial receptor de la muerte médicamente asistida. La persona encargada de manifestar el consentimiento sustituto deberá considerar, a partir de la información médica disponible, la decisión que persiga la mejor condición para la persona que no puede expresar directamente su voluntad y la posición que expresaría esa persona en caso de estar consciente o habilitada para hacerlo.

En los casos en que se pretenda hacer valer el consentimiento sustituto como medio para acceder a la muerte médicamente asistida el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente deberá realizar un examen más estricto del cumplimiento de los otros tres requisitos contenidos en el artículo 17 de la presente ley para acceder a la muerte médicamente asistida.

Artículo 26. *Del consentimiento mediante el Documento de Voluntad Anticipada.* El Documento de Voluntad Anticipada es un mecanismo válido y jurídicamente vinculante para manifestar el consentimiento y voluntad individual y personalísima respecto de las condiciones de acceso al derecho a morir dignamente.

Toda persona capaz y en pleno uso de sus facultades legales y mentales, de forma preventiva, -anticipando la posibilidad de que en el futuro no pueda tomar o reiterar esa decisión-, podrá hacer uso del Documento de Voluntad Anticipada para manifestar de manera libre, expresa, específica, clara, consciente, inequívoca e informada su voluntad y consentimiento respecto de los siguientes asuntos:

- i) El acceso a cuidados paliativos.
- ii) El acceso a los mecanismos de adecuación o interrupción del esfuerzo terapéutico.

Ello puede abarcar el inicio, interrupción, desistimiento o modificación de procedimientos y tratamientos para curar la enfermedad que puedan deteriorar la calidad de vida sin producir directamente la muerte o que puedan ser innecesarios, inocuos o ineficaces para curar la enfermedad.

- iii) El acceso a la muerte médicamente asistida. Las decisiones contenidas en los Documentos de Voluntad Anticipada podrán incluir tanto la voluntad de la persona de acceder a cualquiera de los servicios listados en el inciso anterior como a no acceder a ellos.

La persona también podrá incluir en los Documentos de Voluntad Anticipada sus deseos o decisiones respecto de temas económicos, patrimoniales, entre otros asuntos de su vida personal para que sean tenidos en cuenta.

Parágrafo 1°. El contenido de los Documentos de Voluntad Anticipada podrá ser modificado, sustituido o revocado por la persona en cualquier momento mientras tenga pleno uso de su capacidad de decidir y de manifestar su voluntad. Las voluntades expresadas por medio de un Documento de Voluntad Anticipada son de obligatorio cumplimiento y deberán ser respetadas una vez la persona no se encuentre en capacidad de decidir ni de manifestar su voluntad y cumpla las condiciones legalmente previstas para acceder a cualquiera de las modalidades reconocidas para ejercer el derecho fundamental a morir dignamente.

Parágrafo 2°. Si la persona se encuentra en capacidad para expresar su voluntad durante el proceso de acceso a la muerte médicamente asistida deberá reiterar el consentimiento y el sentido de su voluntad consignado en el Documento de Voluntad Anticipada que pretenda hacer valer. Lo anterior, de conformidad con lo previsto por los artículos 24 y 28 de la presente ley.

La persona estará exceptuada de la reiteración del consentimiento si se cumplen los supuestos de hecho previstos en el artículo 24 de la presente ley.

Parágrafo 3°. Se tendrán como válidas las manifestaciones de voluntad contenidas en documentos escritos, de video, audio y otros medios tecnológicos y en otros sistemas de comunicación, siempre y cuando la persona que manifiesta la voluntad esté acompañada de dos testigos que sean plenamente identificables; sea posible comprobar la autoría e identificación de quien manifiesta la voluntad y sea posible establecer el contenido y sentido de la voluntad y el consentimiento de la persona.

Parágrafo 4°. Para la formalización del Documento de Voluntad Anticipada, así como para su modificación, sustitución o revocación, basta que se dé ante el médico tratante o ante dos (2) testigos. El médico tratante deberá incorporar el Documento de Voluntad Anticipada, así como toda modificación, sustitución o revocación que la persona haga a ese documento, en la historia clínica de la persona.

CAPÍTULO III

De la solicitud y la prestación de la muerte médicamente asistida

Artículo 27. *Del trámite de la solicitud.* El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces reglamentará en un término de seis (6) meses, contados a partir de la entrada en vigor de la presente ley, el trámite de la solicitud de acuerdo con lo previsto en las disposiciones de la presente ley y atendiendo a los siguientes parámetros:

1. La solicitud de la muerte medicamente asistida podrá ser presentada de manera verbal o escrita por medio de documento escrito, video, audio, otros medios tecnológicos y en otros sistemas de comunicación, siempre y cuando sea posible comprobar la autoría e identificación de quien realiza la solicitud y sea posible establecer el contenido y sentido de la solicitud.
2. Se dispondrá de un formato único para la solicitud, en caso de ser escrita.
3. Se contará con un proceso de doble verificación o reiteración de la voluntad del solicitante y de los requisitos establecidos en la presente ley.
4. El profesional médico que reciba la solicitud y el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente serán los encargados de realizar las correspondientes valoraciones y certificaciones del cumplimiento de los requisitos para acceder a la muerte médicamente asistida.
5. Se determinará la forma en la cual se realizará el proceso asistencial para verificar el cumplimiento de requisitos para acceder a la muerte médicamente asistida por parte de los equipos médicos. Se sugerirán, a los profesionales médicos, a las Empresas Promotoras de Salud y a las Instituciones Prestadoras de Salud, protocolos para realizar tales valoraciones.
6. La verificación de que el consentimiento que se pretende hacer valer cumple con los requisitos exigidos por la presente ley deberá realizarse dentro de los diez (10) días siguientes a la recepción de la solicitud.
7. Las valoraciones médicas mediante las cuales se verificará el cumplimiento de los requisitos médicos para acceder a la muerte médicamente asistida, deberán realizarse dentro de los diez (10) días calendario siguientes a que se verifique que el consentimiento cumple con los requisitos exigidos en la presente ley y en sus normas reglamentarias.
8. La reiteración del consentimiento, en los casos en que sea exigible, deberá darse dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la realización de las valoraciones

médicas mediante las cuales se verificará el cumplimiento de los requisitos médicos para acceder a la muerte médicamente asistida.

9. El agendamiento de la aplicación de la muerte médicamente asistida se programará dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha en que se reitere el consentimiento o siguientes a la fecha en que se acredite el cumplimiento de la totalidad de requisitos para acceder a la muerte médicamente asistida cuando no sea exigible la reiteración del consentimiento.
10. El procedimiento de muerte médicamente asistida se programará atendiendo al interés y voluntad de la persona solicitante. Si así lo desea la persona que solicita la muerte médicamente asistida, ese servicio se le prestará en su domicilio. El Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente vigilará que el procedimiento se realice en la fecha y hora que la persona determine.
11. Se garantizará el deber de información. El profesional médico deberá informar a la persona solicitante su condición médica y las distintas opciones de tratamiento a las que puede acceder, entre ellas el cuidado paliativo, la adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico, la muerte médicamente asistida, entre otras. La recepción de dichos tratamientos no podrá ser obligatoria, ni tampoco podrá entenderse como un requisito para solicitar la muerte médicamente asistida o como limitante de la autonomía del paciente.
12. Se contará con un sistema de reporte de las actuaciones realizadas por parte del equipo médico y del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente respecto de la verificación de requisitos y de la aplicación del procedimiento de la muerte médicamente asistida. El sistema podrá ser consultado por las autoridades que ejerzan vigilancia y control del sistema de salud en caso de que se reporte algún cuestionamiento sobre el cumplimiento de lo previsto en la presente ley.

De igual manera, todas estas actuaciones deberán registrarse en la historia clínica de quien solicita la muerte médicamente asistida desde el momento en el que se recibe la solicitud. La información reportada respetará las normas vigentes en materia de protección de datos personales y la confidencialidad de la historia clínica.

13. Se creará un sistema de información público administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el que las Entidades Promotoras de Salud deberán reportar, de acuerdo con la información que le reporten las Instituciones Prestadoras de Salud, cada solicitud de acceso a muerte médicamente

asistida que realicen y cada procedimiento que culmine con el ejercicio a la muerte digna del solicitante.

- La información reportada respetará las normas vigentes en materia de protección de datos personales y la confidencialidad de la historia clínica. Sólo contendrá información respecto de la enfermedad grave e incurable o lesión que causó los intensos sufrimientos físicos y psíquicos, el medicamento administrado para asistir en la muerte a la persona y el municipio o distrito en que se realizó el procedimiento. No podrá incluirse información que permita la individualización o identificación de la persona que ejerció o solicitó el ejercicio del derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida.
14. Se dispondrá de un procedimiento para los casos de rechazo de la solicitud o para cuando se requiera una segunda valoración médica en cada una de las etapas del trámite de la solicitud. En todo caso, las segundas valoraciones deberán hacerse dentro de los tiempos previstos en los numerales 6, 7, 8 y 9 del presente artículo.
15. 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 y podrá pedir una segunda valoración de los requisitos que deberá ser realizada por personas diferentes a quienes realizaron la primera.
16. Se dispondrá de un procedimiento para solicitar la adecuación del esfuerzo terapéutico.
17. El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces en conjunto con la Superintendencia de Salud, en el marco de sus funciones de inspección, vigilancia y control, podrán verificar si los procedimientos realizados por una determinada Institución Prestadora de Salud o Entidad Promotora de Salud para garantizar el acceso al derecho a morir dignamente fueron idóneos y se cumplieron los requisitos determinados en la presente ley. El documento en el cual se consignen esas conclusiones deberá ser remitido a la Procuraduría General de la Nación.

Artículo 28. Reiteración del consentimiento. Dentro del proceso para acceder a la muerte médicamente asistida la persona deberá manifestar su consentimiento de manera inicial y luego deberá reiterarlo como condición para que se le practique la muerte médicamente asistida. La reiteración del consentimiento deberá darse dentro de los diez (10) días calendario siguientes a las valoraciones médicas mediante las cuales se verificará el cumplimiento de los requisitos médicos para acceder a la muerte médicamente asistida. Acreditada la reiteración del

consentimiento se dará paso a la programación del procedimiento de muerte médicamente asistida en el menor tiempo posible.

La aplicación de la muerte médicamente asistida deberá darse en un máximo de quince (15) días calendario contados desde la reiteración de la decisión. La persona solicitante podrá elegir la fecha y hora dentro de ese rango de días.

Artículo 29. *Desistimiento de la solicitud.* La persona que solicitó la muerte médicamente asistida puede desistir en todo momento de su solicitud. El desistimiento deberá formalizarse de la misma manera en que se formalizó el consentimiento y deberá consignarse en la historia clínica del paciente por parte del profesional médico que preste atención a la persona.

Artículo 30. *Aplicación de la muerte médicamente asistida.* Verificada la validez del consentimiento, el cumplimiento de todos los requisitos legalmente exigidos para acceder a la muerte médicamente asistida, reiterado el consentimiento y verificada su validez en los casos en que tal acción sea exigible se agendará la aplicación de la muerte médicamente asistida.

La programación de la muerte médicamente asistida deberá darse dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha en que se reitera el consentimiento cuando ese requisito sea exigible o dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha en que se acredita el cumplimiento de la totalidad de requisitos para acceder a la muerte médicamente asistida cuando no sea exigible la reiteración del consentimiento.

Entre el momento en que la persona radique la solicitud y la prestación del servicio de la muerte médicamente asistida no podrán pasar más de cuarenta y cinco (45) días calendario siempre y cuando se acredite el correcto cumplimiento de todos los requisitos legales y reglamentarios para acceder a la muerte médicamente asistida.

El procedimiento de muerte médicamente asistida se programará atendiendo al interés y la voluntad de la persona solicitante. Si así lo desea la persona que solicita la muerte médicamente asistida, ese servicio se le prestará en su domicilio. El Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente vigilará que el procedimiento se realice en la fecha y hora que la persona determine y con el lleno de requisitos legales.

TÍTULO III

PROCESO PARA ACCEDER AL DERECHO A LA MUERTE DIGNA EN LA MODALIDAD DE MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA TRATÁNDOSE DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

CAPÍTULO I

Participantes en el proceso y requisitos para el acceso a la muerte médicamente asistida

Artículo 31. *Reconocimiento del derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente*

asistida a los niños, niñas y adolescentes. Los niños, niñas y adolescentes son titulares del derecho a morir dignamente. Los niños, niñas y adolescentes entre los seis (6) y los dieciocho (18) años pueden acceder a la muerte médicamente asistida en los términos previstos en la presente ley y en las normas que la reglamenten. Los niños y niñas entre los cero (0) y los seis (6) años podrán ejercer su derecho a morir dignamente mediante la adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico o mediante el acceso a cuidados paliativos.

Impedir o negar la aplicación de la muerte médicamente asistida a los niños, niñas y adolescentes con base en criterios diferentes a los contemplados en la presente ley implica una violación al principio del interés superior de estos individuos y podría ser causal de la comisión de tratos crueles, inhumanos y degradantes en su contra que por lo demás afectan su dignidad humana.

Las condiciones de ejercicio del derecho fundamental a morir dignamente y de acceso a la muerte médicamente asistida en niños, niñas y adolescentes serán diferenciales respecto del resto de la población. El Ministerio de Salud y Protección Social, así como las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud, o quienes hagan sus veces, deberán adoptar medidas diferenciales, especialmente en lo relacionado con el consentimiento y la manifestación de voluntad. Esas normas deberán estar alineadas con las disposiciones contenidas en la presente ley.

Artículo 32. *Carácter especial de las normas contenidas en el título III y su relación con las que integran el Título II de la presente ley.* Las disposiciones que hacen parte del Título III de la presente ley “Proceso para acceder al derecho a la muerte digna en la modalidad de muerte médicamente asistida tratándose de niños, niñas y adolescentes” son normas de carácter especial por lo que prevalecen para la aplicación de la muerte médicamente asistida en el caso de niños, niñas y adolescentes.

En caso de que algún asunto referido a la prestación de la muerte médicamente asistida en niños, niñas y adolescentes no se regule de manera diferencial en el presente título deberán adoptarse las disposiciones de carácter general contempladas en el Título II de la presente ley.

Artículo 33. *Participantes.* Serán participantes en el proceso para acceder a la muerte médicamente asistida en niños, niñas y adolescentes: El niño, niña o adolescente entre los seis (6) y los dieciocho (18) años que sea potencial receptor de la muerte médicamente asistida, las personas hasta dentro del segundo grado de consanguinidad o afinidad del niño, niña o adolescente, quienes ejerzan la representación legal del niño, niña o adolescente entre los seis (6) y los dieciocho (18) años que sea potencial receptor de la muerte médicamente asistida, el profesional de la medicina designado para aplicar la muerte médicamente asistida,

la Entidad Promotora de Salud del niño, niña o adolescente, la Institución Prestadora de Salud encargada de aplicar el procedimiento de la muerte médicamente asistida, las personas que integren el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente, quienes testifiquen en el proceso de formalización del consentimiento y el defensor de familia.

Artículo 34. *Requisitos.* Para la aplicación de la muerte médicamente asistida en niños, niñas y adolescentes, se deberán cumplir con los siguientes requisitos:

1. Que la persona potencialmente receptora de la muerte médicamente asistida sea un niño, niña o adolescente entre los seis (6) y los dieciocho (18) años.
2. Que los padres del niño, niña o adolescente o quienes ejerzan su representación legal sean mayores de dieciocho (18) años.
3. Que el niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida presente una enfermedad grave e incurable o lesión corporal que le cause un intenso sufrimiento físico o psíquico. No es necesario ni será exigible acreditar la existencia de enfermedad terminal ni pronóstico médico de muerte próxima.
4. Que el niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida haya expresado su consentimiento y haya manifestado su voluntad de acceder a la muerte médicamente asistida bajo las consideraciones previstas en el presente título.
5. Que la aplicación de la muerte médicamente asistida sea realizada por un profesional de la medicina.
6. Los niños y niñas entre los seis (6) y los doce (12) años sólo podrán acceder a la muerte médicamente asistida si alcanzan un desarrollo neurocognitivo y psicológico excepcional que les permita tener la capacidad de abstracción para comprender en su totalidad el concepto de la muerte. Esto es, que todo el mundo, incluso uno mismo va a morir y que se trata de un asunto irreversible, universal e inexorable y comprender que la muerte médicamente asistida le causaría su propia muerte.

Artículo 35. *Del intenso sufrimiento y/o dolor físico o psíquico.* Para determinar el grado de intenso sufrimiento y/o dolor físico o psíquico producto de una enfermedad grave e incurable o de una lesión corporal debe ser consultado el criterio subjetivo del niño, niña o adolescente que sea potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida. Esa valoración subjetiva debe ser contrastada con criterios objetivos propios de la ciencia y la medicina para determinar si presenta un intenso sufrimiento físico o psíquico.

Únicamente deberán emplearse criterios objetivos propios de la ciencia y la medicina para determinar la existencia de intenso sufrimiento y/o dolor físico o psíquico en los casos en que no sea posible conocer la opinión subjetiva del niño, niña o adolescente en la materia.

En todos los casos deberán emplearse criterios objetivos propios de la ciencia y la medicina para probar la relación de los intensos dolores y/o sufrimientos físicos y psíquicos con una enfermedad grave e incurable o con una lesión corporal.

CAPÍTULO II

Del consentimiento

Artículo 36. *Del consentimiento y sus elementos.* Todo niño, niña o adolescente entre los seis (6) y dieciocho (18) años que se encuentre en pleno uso de sus facultades mentales y de sus desarrollos psicológicos, emocionales y cognitivos deberá ser consultado de manera prevalente y podrá expresar sus preferencias y voluntades respecto de la recepción de la aplicación de la muerte médicamente asistida y de las otras modalidades de ejercicio del derecho a morir dignamente.

Para que sea posible la aplicación de la muerte médicamente asistida en esta población deberá existir una concurrencia de voluntades y del consentimiento del niño, niña o adolescente que sea potencial receptor de la muerte médicamente asistida, así como de sus padres o de quienes ejerzan su representación legal. Si alguno de los involucrados no da su consentimiento o su voluntad no concurre con la del resto de sujetos involucrados en la decisión, el niño, niña o adolescente no podrá acceder a la muerte médicamente asistida.

El consentimiento tanto del niño, niña o adolescente que sea potencial receptor de la muerte médicamente asistida como de sus padres o de quienes ejerzan su representación legal, para ser válido deberá por regla general ser previo, autónomo y libre, informado, específico, inequívoco, claro y reiterado. Podrá ser expresado tanto de manera verbal como escrita.

Se adoptarán las mismas definiciones y criterios interpretativos de los requisitos del consentimiento contenidos en el artículo 19 de la presente ley.

Parágrafo 1°. De manera extraordinaria y excepcional será admisible el consentimiento sustituto. La declaración de voluntad anticipada como medio para manifestar el consentimiento podrá ser suscrita únicamente por los niños, niñas y adolescentes entre los doce (12) y los dieciocho (18) años siempre que se cumplan los requisitos previstos en la presente ley para esos mecanismos de expresión del consentimiento.

Los padres y quienes ejerzan la representación legal del niño, niña o adolescente no podrán suscribir declaraciones de voluntad anticipada sobre la eventual aplicación de la muerte médicamente asistida ni del ejercicio del derecho a morir dignamente de ningún niño, niña o adolescente.

Siempre se deberá exigir la concurrencia de voluntades y consentimientos a los que hace referencia el presente artículo. El niño, niña o adolescente que suscriba una declaración de voluntad anticipada deberá actualizarla al momento de cumplir los dieciocho años. Si no lo hace la declaración suscrita cuando era menor de dieciocho años perderá toda validez. En ningún caso se podrán exigir ambos requisitos (consentimiento sustituto y documento de voluntad anticipada) pues con uno de los dos, sumado a la manifestación de voluntad de los padres, o de quienes ejerzan su representación legal, basta.

Parágrafo 2°. Para que el consentimiento del niño o niña entre los seis (6) y los doce (12) años sea válido se deberá acreditar que alcanza un desarrollo neurocognitivo y psicológico excepcional que le permite tener la capacidad de abstracción para comprender en su totalidad el concepto de la muerte. Esto es, que todo el mundo, incluso uno mismo va a morir y que se trata de un asunto irreversible, universal e inexorable y que comprende que la muerte médicamente asistida le causaría su propia muerte.

La acreditación de ese nivel de desarrollo neurocognitivo y psicológico y de la comprensión del alcance del procedimiento se deberá hacer con el acompañamiento de un profesional médico, de un psicólogo infantil y de un defensor de familia.

Parágrafo 3°. El cumplimiento de los requisitos contenidos en el presente artículo se deberá valorar de manera sistemática con lo previsto en los artículos 41, 42, 43, 44, 45 y 47 de la presente ley. En los casos que se adecúen a las situaciones extraordinarias previstas en los referidos artículos prevalecerán las reglas específicas para el consentimiento allí contenidas.

Artículo 37. *Formalización del consentimiento.* Para la formalización del consentimiento del adolescente entre los doce (12) y los dieciocho (18) años basta con que lo haga frente al profesional médico y frente a tres (3) testigos que no podrán ser sus padres ni quienes ejerzan su representación legal. Uno de los testigos deberá ser defensor de familia. El profesional médico deberá dejar registro de la expresión del consentimiento en la historia clínica del solicitante.

Los padres o quienes ejerzan la representación legal del adolescente formalizarán su consentimiento conforme lo previsto en el artículo 20 de la presente ley.

Parágrafo 1°. La formalización del consentimiento del niño o niña entre los seis (6) y los doce (12) años deberá hacerse frente al profesional médico, frente al psicólogo clínico y frente al defensor de familia que acreditaron que el niño o niña cumple con lo exigido en el numeral 6 del artículo 34 de la presente ley.

Además, deberán concurrir otras tres (3) personas que sean testigos que no podrán ser los padres ni quienes ejerzan la representación legal del niño o

niña. El profesional médico deberá dejar registro de la expresión del consentimiento en la historia clínica del solicitante.

Los padres o quienes ejerzan la representación legal del niño o niña formalizarán su consentimiento conforme lo previsto en el artículo 20 de la presente ley.

Artículo 38. *Prevalencia del consentimiento final.* Si existen por parte del niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida distintas manifestaciones del consentimiento y estas se contradicen entre sí, prevalecerá la última. Igual caso ocurrirá respecto del consentimiento expresado por sus padres o por quienes ejerzan su representación legal.

Artículo 39. *Posibilidad de retracto.* En cualquier momento del trámite de la muerte médicamente asistida el niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida podrá retirar su consentimiento y desistir de su solicitud y/u optar por otras alternativas en el marco del derecho a morir dignamente. Misma potestad les asiste a los padres o a quienes ejerzan su representación legal en relación con la aplicación de la muerte médicamente asistida para el niño, niña o adolescente.

Artículo 40. *Manifestación del consentimiento en casos de personas con discapacidad.* Las personas mayores de edad en situación de discapacidad que sean padres o que ejerzan la representación legal de un niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida como sujetos de derechos y en ejercicio de su capacidad jurídica en igualdad de condiciones, podrán contar con apoyos y 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.

Los niños, niñas o adolescentes con discapacidad también tendrán el derecho a contar con apoyos y a recibir los ajustes razonables requeridos para que puedan manifestar su voluntad, preferencias y consentimiento y para comprender la información sobre el ejercicio del derecho a morir dignamente.

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 vigor de la presente ley.

Artículo 41. *Manifestación previa del consentimiento.* El niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida podrá manifestar su consentimiento de manera previa a partir de los doce (12) años y de manera previa a la ocurrencia de la enfermedad grave e incurable o de la lesión corporal que le genere intensos sufrimientos físicos o psíquicos. Se requerirá la reiteración del consentimiento por su parte, incluso en el caso de que hubiese manifestado

su consentimiento de manera persistente salvo que lo hubiera hecho y al momento de reiterarlo una vez más se encuentre ante la imposibilidad de hacerlo.

Respecto de la manifestación previa del consentimiento de los padres o de quienes ejerzan la representación legal del niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida operarán las reglas previstas en el artículo 24 de la presente ley.

La manifestación previa del consentimiento se deberá realizar en compañía de un defensor de familia.

Parágrafo 1°. Para efectos del presente artículo debe entenderse que una persona manifestó su consentimiento de manera persistente cuando lo hizo en dos o más ocasiones.

Artículo 42. *Del consentimiento sustituto.* El consentimiento sustituto será válido y jurídicamente vinculante para acceder a la muerte médicamente asistida como una forma extraordinaria y excepcional de manifestación del consentimiento. Operará exclusivamente cuando el niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida se encuentre en estado vegetativo o esté imposibilitado para expresar su voluntad. Se requerirá un concepto médico e interdisciplinario basado en elementos objetivos para acreditar el estado vegetativo o la imposibilidad de expresar el consentimiento.

El consentimiento sustituto podrá ser expresado por parte de una persona dentro de los dos grados de consanguinidad o afinidad de quien sea el potencial receptor de la muerte médicamente asistida. La persona encargada de manifestar el consentimiento sustituto deberá considerar a partir de la información médica disponible la decisión que persiga la mejor condición para el niño, niña o adolescente que no puede expresar directamente su voluntad y la posición que expresaría ese niño, niña o adolescente en caso de estar consciente o habilitada para hacerlo.

En los casos en que se pretenda hacer valer el consentimiento sustituto como medio para acceder a la muerte médicamente asistida todo el proceso debe darse en presencia de un defensor de familia. El Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente deberá realizar un examen más estricto del cumplimiento de los otros requisitos contenidos en el artículo 34 de la presente ley, salvo el contenido en el numeral 6 para acceder a la muerte médicamente asistida.

Parágrafo 1°. Respecto del consentimiento sustituto de los padres o de quienes ejerzan la representación legal del niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida operarán las reglas previstas en el artículo 24 de la presente ley.

Quienes den el consentimiento sustituto de los padres o de quienes ejerzan la representación legal del niño, niña o adolescente deberán ser personas dentro de los dos grados de consanguinidad o afinidad

de los padres o de quienes ejerzan la representación legal del niño, niña o adolescente.

Artículo 43. *Del consentimiento mediante el Documento de Voluntad Anticipada.* El Documento de Voluntad Anticipada es un mecanismo válido y jurídicamente vinculante para manifestar el consentimiento y voluntad individual y personalísima respecto de las condiciones de acceso al derecho a morir dignamente.

Todo niño, niña o adolescente mayor de doce (12) años en pleno uso de sus facultades mentales y de sus desarrollos psicológicos, emocionales y cognitivos, de forma preventiva, –anticipando la posibilidad de que en el futuro no pueda tomar o reiterar esa decisión–, puede hacer uso del Documento de Voluntad Anticipada para manifestar de manera libre, expresa, específica, clara, consciente, inequívoca e informada su voluntad y consentimiento respecto de los siguientes asuntos:

- i) El acceso a cuidados paliativos.
- ii) El acceso a los mecanismos de adecuación o interrupción del esfuerzo terapéutico. Ello puede abarcar el inicio, interrupción, desistimiento o modificación de procedimientos y tratamientos para curar la enfermedad que puedan deteriorar la calidad de vida sin producir directamente la muerte o que puedan ser innecesarios, inocuos o ineficaces para curar la enfermedad.
- iii) El acceso a la muerte médicamente asistida.

Las decisiones contenidas en los Documentos de Voluntad Anticipada pueden incluir tanto la voluntad del niño, niña o adolescente mayor de doce (12) años de acceder a cualquiera de los servicios listados en el inciso anterior como a no acceder a ellos.

El niño, niña o adolescente mayor de doce (12) años también podrá incluir en los Documentos de Voluntad Anticipada sus deseos o decisiones respecto de otros asuntos de su vida personal para que sean tenidos en cuenta.

Parágrafo 1°. El contenido de los Documentos de Voluntad Anticipada puede ser modificado, sustituido o revocado por el niño, niña o adolescente mayor de doce (12) años en cualquier momento mientras tenga pleno uso de sus facultades mentales y de sus desarrollos psicológicos, emocionales y cognitivos.

El niño, niña o adolescente que suscriba una declaración de voluntad anticipada deberá actualizarla al momento de cumplir los dieciocho (18) años. Si no lo hace, la declaración suscrita cuando era menor de dieciocho (18) años perderá toda validez. En ningún caso se podrán exigir ambos requisitos (consentimiento sustituto y Documento de Voluntad Anticipada) pues con uno de los dos, sumado a la manifestación de voluntad de los padres, o de quien ejerza la representación legal, basta.

Parágrafo 2°. Las voluntades expresadas por medio de un Documento de Voluntad Anticipada son de obligatorio cumplimiento y deben ser respetadas

siempre y cuando concurra el consentimiento y voluntad de los padres, o de las personas que ejerzan la representación legal del niño, niña o adolescente suscribiente del Documento de Voluntad Anticipada y una vez el niño, niña o adolescente no esté en capacidad de manifestar su voluntad y cumpla las condiciones legalmente previstas para acceder a cualquiera de las modalidades reconocidas para ejercer el derecho fundamental a morir dignamente.

Parágrafo 3°. Si el niño, niña o adolescente mayor de doce (12) se encuentra en capacidad para expresar su voluntad durante el proceso de acceso a la muerte médicamente asistida deberá reiterar el consentimiento y el sentido de su voluntad consignado en el Documento de Voluntad Anticipada que pretenda hacer valer. Lo anterior, de conformidad con lo previsto por los artículos 41 y 45 de la presente ley.

El niño, niña o adolescente estará exceptuado de la reiteración del consentimiento si se cumplen los supuestos de hecho previstos en el artículo 41 de la presente ley.

Parágrafo 4°. Se tendrán como válidas las manifestaciones de voluntad contenidas en documentos escritos, de video, audio y otros medios tecnológicos y en otros sistemas de comunicación, siempre y cuando el niño, niña o adolescente que manifiesta la voluntad esté acompañada de dos testigos que sean plenamente identificables; sea posible comprobar la autoría e identificación de quien manifiesta la voluntad y sea posible establecer el contenido y sentido de la voluntad y el consentimiento del niño, niña o adolescente.

Parágrafo 5°. Para la formalización del Documento de Voluntad Anticipada, así como para su modificación, sustitución o revocación, bastará que se dé ante el médico tratante o ante tres (3) testigos. Uno de los testigos deberá ser defensor de familia. El médico tratante deberá incorporar el Documento de Voluntad Anticipada, así como toda modificación, sustitución o revocación que el niño, niña o adolescente haga a ese documento, en la historia clínica del niño, niña o adolescente.

Parágrafo 6°. Los padres o quienes ejerzan la representación legal del niño, niña o adolescente no podrán suscribir declaraciones de voluntad anticipada sobre la eventual aplicación de la muerte médicamente asistida ni del ejercicio del derecho a morir dignamente de ningún niño, niña o adolescente.

CAPÍTULO III

De la solicitud y la prestación de la muerte médicamente asistida

Artículo 44. *Del trámite de la solicitud.* El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces reglamentará en un término de seis (6) meses, contados a partir de la entrada en vigor de la presente ley, el trámite de la solicitud de acuerdo con lo previsto en las disposiciones de la

presente ley, especialmente en el presente título y atendiendo a los siguientes parámetros:

1. La solicitud de la muerte médicamente asistida podrá presentada de manera verbal o escrita por medio de documento escrito, video, audio, otros medios tecnológicos y en otros sistemas de comunicación, siempre y cuando sea posible comprobar la autoría e identificación de quienes realizan la solicitud y sea posible establecer el contenido y sentido de la solicitud. Tratándose de casos de niños, niñas y adolescentes la solicitud deberá ser conjunta entre el niño, niña y adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida y sus padres o quienes ejerzan su representación legal.
2. Se dispondrá de un formato único para la solicitud, en caso de ser escrita.
3. Se contará con un proceso de doble verificación o reiteración de las voluntades de los solicitantes y de los requisitos establecidos en la presente ley, particularmente de los consagrados en el presente título.
4. El profesional médico que recibe la solicitud y el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente serán los encargados de realizar las correspondientes valoraciones y certificaciones del cumplimiento de los requisitos para acceder a la muerte médicamente asistida por parte del niño, niña o adolescente.

En el caso de los niños y niñas entre los seis (6) y los doce (12) años el defensor de familia y el psicólogo infantil deberán concurrir en la verificación de los requisitos. En particular, el contenido en el artículo 34.6 de la presente ley.

5. Se determinará la forma en la cual se realizará el proceso asistencial para verificar el cumplimiento de requisitos para acceder a la muerte médicamente asistida por parte de los equipos médicos. Se sugerirá a los profesionales médicos, a las Empresas Promotoras de Salud y a las Instituciones Prestadoras de Salud protocolos para realizar tales valoraciones. Estas normas deberán tener un enfoque diferencial para niños, niñas y adolescentes incluyendo disposiciones diferentes para niños entre los seis (6) y los doce (12) años y entre los doce (12) y los dieciocho (18) años.
6. La verificación de que el consentimiento que se pretende hacer valer cumple con los requisitos exigidos por la presente ley deberá realizarse dentro de los diez (10) días siguientes a la recepción de la solicitud conjunta.
7. Las valoraciones médicas mediante las cuales se verificará el cumplimiento de los

requisitos médicos para acceder a la muerte médicamente asistida deberán realizarse dentro de los diez (10) días calendario siguientes a que se verifique que los consentimientos concurrentes cumplen con los requisitos exigidos en la presente ley y en sus normas reglamentarias.

8. La reiteración de los consentimientos concurrentes, en los casos en que sea exigible, deberá darse dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la realización de las valoraciones médicas mediante las cuales se verificará el cumplimiento de los requisitos médicos para acceder a la muerte médicamente asistida por parte del niño, niña o adolescente.
9. El agendamiento de la aplicación de la muerte médicamente asistida se programará dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha en que se reiteren los consentimientos concurrentes cuando ese requisito sea exigible o siguientes a la fecha en que se acredite el cumplimiento de la totalidad de requisitos para acceder a la muerte médicamente asistida cuando no sea exigible la reiteración de los consentimientos.
10. El procedimiento de muerte médicamente asistida se programará atendiendo al interés y la voluntad del niño, niña y adolescente. Si así lo desea la persona que solicita la muerte médicamente asistida, ese servicio se le prestará en su domicilio. El Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente vigilará que el procedimiento se realice en la fecha y hora que la persona determine.
11. Se garantizará el deber de información. El profesional médico deberá informar al niño, niña y adolescente, así como a sus padres o personas que ejerzan su representación legal sobre su condición médica y las distintas opciones de tratamiento a las que puede acceder, entre ellas el cuidado paliativo, la adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico, la muerte médicamente asistida, entre otras. La recepción de dichos tratamientos no podrá ser obligatoria, ni podrá entenderse como un requisito para solicitar la muerte médicamente asistida o como limitante de la autonomía del niño, niña o adolescente.

La información entregada al niño, niña o adolescente deberá precisar y explicar de manera pedagógica y accesible el concepto de la muerte, el alcance de las diversas opciones de tratamiento médico a disposición y las implicaciones de cada una. Los contenidos y formas empleadas para transmitir esta información deberán ser diferenciales considerando los desarrollos psicológicos y

neurocognitivos correspondientes a las diferentes edades en que se encuentre el potencial receptor de la muerte médicamente asistida. Para esto, el personal médico deberá hacer uso y apoyarse en profesionales de otras disciplinas y estar en compañía del defensor de familia.

En el caso de los niños y niñas entre los seis (6) y los doce (12) años el deber de información se entiende como un deber reforzado. La información entregada deberá hacerse por parte de un psicólogo infantil y en compañía del defensor de familia y deberá incluir en su totalidad el concepto de la muerte. Esto es, información que le permite al niño o niña comprender que todo el mundo, incluso uno mismo va a morir y que se trata de un asunto irreversible, universal e inexorable y que la muerte médicamente asistida le causaría su propia muerte.

12. Se contará con un sistema de reporte de las actuaciones realizadas por parte del equipo médico y del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente respecto de la verificación de requisitos y de la aplicación del procedimiento de la muerte médicamente asistida. El sistema podrá ser consultado por las autoridades que ejerzan vigilancia y control del sistema de salud en caso de que se reporte algún cuestionamiento sobre el cumplimiento de lo previsto en la presente ley.

De igual manera, todas estas actuaciones deberán registrarse en la historia clínica del niño, niña o adolescente a quien se prestaría el servicio de la muerte médicamente asistida desde el momento en el que se recibe la solicitud. La información reportada respetará las normas vigentes en materia de protección de datos personales y la confidencialidad de la historia clínica.

13. Se creará un sistema de información público administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el que las Entidades Promotoras de Salud deberán reportar, de acuerdo con la información que le reporten las Instituciones Prestadoras de Salud, cada solicitud de acceso a muerte médicamente asistida respecto de niños, niñas y adolescentes que realicen y cada procedimiento que culmine con el ejercicio a la muerte digna de un niño, niña o adolescente.

La información reportada respetará las normas vigentes en materia de protección de datos personales y la confidencialidad de la historia clínica. Sólo contendrá información respecto de la enfermedad grave e incurable o lesión que causó los intensos sufrimientos físicos y psíquicos, el medicamento administrado para asistir en la muerte al niño, niña o adolescente y el municipio o distrito en que se realizó el procedimiento. No podrá incluirse información que permita la individualización o identificación

del niño, niña o adolescente que ejerció el derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida.

14. Se dispondrá de un procedimiento en caso de que se rechace la solicitud o cuando se requiera una segunda valoración médica en cada una de las etapas del trámite de la solicitud. En todo caso las segundas valoraciones deberán hacerse dentro de los tiempos previstos en los numerales 6, 7, 8 y 9 del presente artículo.
15. Todo niño, niña o adolescente, así como sus padres o quienes ejerzan su representación legal, tendrán derecho a ser informados sobre las razones por las cuales fue aprobada o rechazada la realización del procedimiento de la muerte médicamente asistida y podrán pedir una segunda valoración de los requisitos que deberá ser realizada por personas diferentes a quienes realizaron la primera.
16. Se dispondrá de un procedimiento para solicitar la adecuación del esfuerzo terapéutico con enfoque diferencial en niños, niñas y adolescentes.
17. El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces en conjunto con la Superintendencia de Salud, en el marco de sus funciones de inspección, vigilancia y control, podrán verificar si los procedimientos realizados para garantizar el acceso al derecho a morir dignamente por una determinada Institución Prestadora de Salud o Entidad Promotora de Salud fueron idóneos y se cumplieron los requisitos determinados en la presente ley. El documento en el cual se consignen esas conclusiones deberá ser remitido a la Procuraduría General de la Nación.
18. En todas las etapas del trámite de la solicitud deberá garantizarse la presencia y acompañamiento de un defensor de familia que tendrá la función de promover la protección integral, el interés superior y la prevalencia de los derechos de los niños, niñas y adolescentes con el fin de evitar su amenaza, inobservancia o vulneración y restablecerlos de manera eficaz, oportuna y efectiva.

Artículo 45. *Reiteración del consentimiento.* Dentro del proceso para acceder a la muerte médicamente asistida el niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida, así como sus padres, o quienes ejerzan su representación legal, deberán manifestar su consentimiento de manera inicial y luego deberán reiterarlo como condición para que se le practique la muerte médicamente asistida.

La reiteración del consentimiento deberá darse dentro de los diez (10) días calendario siguientes

a las valoraciones médicas mediante las cuales se verificará el cumplimiento de los requisitos médicos para acceder a la muerte médicamente asistida. En el caso de los niños y niñas entre los seis (6) y doce (12) años se deberá prestar especial atención al cumplimiento de lo exigido por el artículo 34.6 de la presente ley. Acreditada la reiteración del consentimiento se dará paso a la programación del procedimiento de muerte médicamente asistida en el menor tiempo posible.

La aplicación de la muerte médicamente asistida deberá darse en un máximo de quince (15) días calendario contados desde la reiteración de la decisión. El niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida de común acuerdo con sus padres o con quienes ejerzan su representación legal podrá elegir la fecha y hora dentro de ese rango de días.

Artículo 46. *Desistimiento de la solicitud.* El niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida podrá desistir en todo momento de su solicitud de acceso a la muerte médicamente asistida. El desistimiento deberá formalizarse de la misma manera en que se formalizó el consentimiento y deberá consignarse en la historia clínica del niño, niña o adolescente por parte del profesional médico que preste atención al niño, niña o adolescente.

Respecto del desistimiento del consentimiento de los padres o de quienes ejerzan la representación legal del niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida operarán las reglas previstas en el artículo 29 de la presente ley.

Artículo 47. *Aplicación de la muerte médicamente asistida.* Verificada la validez de los consentimientos concurrentes, el cumplimiento de todos los requisitos legalmente exigidos para acceder a la muerte médicamente asistida, reiterados los consentimientos concurrentes y verificada su validez en los casos en que tal acción sea exigible se agendará la aplicación de la muerte médicamente asistida.

La programación de la muerte médicamente asistida deberá darse dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha en que se reiteren los consentimientos concurrentes cuando ese requisito sea exigible o dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha en que se acredita el cumplimiento de la totalidad de requisitos para acceder a la muerte médicamente asistida cuando no sea exigible la reiteración de los consentimientos.

Entre el momento en que se radique la solicitud y la prestación del servicio de la muerte médicamente asistida no podrán pasar más de cuarenta y cinco (45) días calendario siempre y cuando se acredite el correcto cumplimiento de todos los requisitos legales y reglamentarios para acceder a la muerte médicamente asistida.

El procedimiento de muerte médicamente asistida se programará atendiendo al interés y la voluntad del niño, niña o adolescente. Si así lo desea el niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida, ese servicio se le prestará en su domicilio. El Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente vigilará que el procedimiento se realice con el lleno de requisitos legales en la fecha y hora que el niño, niña o adolescente de común acuerdo con sus padres o con quienes ejerzan su representación legal determinen.

TÍTULO IV

CAPÍTULO I

Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente

Artículo 48. *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 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 Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente podrá evaluar la pertinencia y conveniencia de la manifestación del consentimiento de la persona solicitante y tampoco podrán exigir el cumplimiento de requisitos adicionales.

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 bajo la modalidad de muerte médicamente asistida.

Parágrafo 1°. El Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente tendrá la obligación de reportar cualquier posible irregularidad, falta, o delito con ocasión del cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente ley. Para tal fin, pondrá su reporte en conocimiento del Ministerio de Salud y Protección Social, así como de la Superintendencia de Salud, de la Procuraduría General de la Nación, de la Defensoría del Pueblo, la Fiscalía General de la Nación, las secretarías

distritales o municipales de salud y las demás autoridades que sean competentes.

Parágrafo 2°. La participación de los integrantes del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente es indelegable. No obstante, por razones de fuerza mayor, caso fortuito o por existencia de conflictos de interés la Institución Prestadora de Salud deberá designar, de manera inmediata, a los profesionales que deban ocupar las plazas disponibles.

Parágrafo 3°. En caso de que un solicitante de la muerte médicamente asistida se encuentre dentro de los cuatro grados de consanguinidad o afinidad de algún integrante del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente ese integrante del Comité se encontrará incurso en una causal de conflicto de interés.

El integrante del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente incurso en el conflicto de interés deberá reportarlo por escrito ante el Comité dentro de las 24 horas siguientes y no podrá ejercer sus funciones respecto del caso concreto. Deberá ser sustituido de forma inmediata por un integrante ad hoc que integrará el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente respecto de ese caso concreto.

CAPÍTULO II

Objeción de conciencia

Artículo 49. *Objeción de conciencia.* El profesional médico asignado para la realización del procedimiento de la muerte médicamente asistida podrá ejercer su derecho a la objeción de conciencia respecto de la realización del procedimiento por considerarlo incompatible con sus convicciones personales.

La objeción de conciencia deberá comunicarse de manera escrita y debidamente motivada a la persona solicitante del procedimiento y/o a las personas que se encuentren dentro del segundo grado de consanguinidad o afinidad del solicitante, al Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente, a la Institución Prestadora de Salud y a la Entidad Promotora de Salud del solicitante de la muerte médicamente asistida. Luego de objetar conciencia el profesional médico no estará obligado a realizar el procedimiento.

Dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la comunicación de la objeción de conciencia la Entidad Promotora de Salud (EPS) a instancias del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente deberá disponer de otro profesional médico que haga parte de la misma Institución Prestadora de Salud para que este realice la práctica de la muerte médicamente asistida. La Entidad Promotora de Salud (EPS) y el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente deben consultar con el profesional médico suplente si objetaría conciencia. Deberá asignar a un profesional médico que manifieste que no objetará conciencia.

Parágrafo 1°. También podrán objetar conciencia los profesionales médicos a cargo de tramitar la solicitud de acceso al procedimiento de la muerte médicamente asistida. La objeción de conciencia de esos funcionarios estará sujeta a las mismas reglas contenidas en el presente artículo.

Parágrafo 2°. Los participantes en el trámite de la solicitud deberán manifestar, en cada caso, los conflictos de interés que puedan afectar las decisiones que deban adoptar. Están incurso en conflicto de interés quienes se encuentren hasta dentro del cuarto grado de consanguinidad o afinidad de la persona solicitante de la muerte médicamente asistida.

Artículo 50. *Objeción de conciencia institucional.* En ningún caso se tendrá como válida la objeción de conciencia institucional por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) ni de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Para los efectos de la objeción de conciencia se tendrá como actor institucional al Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente por lo que sus integrantes no podrán objetar conciencia.

TÍTULO V

DISPOSICIONES FINALES

CAPÍTULO I

Garantías jurídico-penales

Artículo 51. *De la cláusula de exclusión penal.* El profesional de la medicina que como resultado de la solicitud, autorización, programación 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.

Artículo 52. 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.

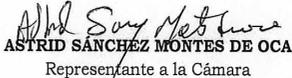
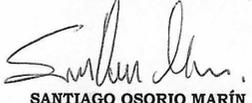
CAPÍTULO II

Artículo 53. *Apropiación presupuestal.* El Gobierno nacional incluirá anualmente en el proyecto de ley de presupuesto las partidas necesarias para la garantía de acceso a la muerte digna en la modalidad de muerte médicamente asistida y para la

correcta aplicación de las disposiciones contenidas en esta ley. Dará cumplimiento a lo previsto en el presente artículo de acuerdo con los procedimientos determinados en las normas vigentes.

Artículo 54. *Vigencia y derogatorias.* La presente ley rige a partir del momento de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,

 JUAN CARLOS LOZADA VARGAS Representante a la Cámara Coordinador Ponente	 GABRIEL BECERRA Representante a la Cámara Coordinador Ponente
 ADRIANA CAROLINA ARBELÁEZ GIRALDO Representante a la Cámara Ponente	 LUIS ALBERTO ALBÁN URBANO Representante a la Cámara Ponente
 JAMES HERMENEGILDO MOSQUERA TORRES Representante a la Cámara Ponente	 ASTRID SÁNCHEZ MONTES DE OCA Representante a la Cámara Ponente
JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE Representante a la Cámara Ponente	MARELEN CASTILLO TORRES Representante a la Cámara Ponente
JOSÉ JAIME USCÁTEGUI PASTRANA Representante a la Cámara Ponente	 SANTIAGO OSORIO MARÍN Representante a la Cámara Ponente

BIBLIOGRAFÍA ADICIONAL

Jurisprudenciales:

Corte Constitucional. (1993). Sentencia T-493 de 1993. M. P. Antonio Barrera Carbonell.

Corte Constitucional. (1994). Sentencia C-221 de 1994. M. P. Carlos Gaviria Díaz.

Corte Constitucional. (1997). C-239 de 1997. M. P. Carlos Gaviria Díaz.

Corte Constitucional. (1998) Sentencia T-516 de 1998. M. P. Antonio Barrera.

Corte Constitucional. (2014) Sentencia T-970 de 2014. M. P. Luis Ernesto Vargas Silva.

Corte Constitucional. (2017) Sentencia T-544 de 2017. M. P. Gloria Stella Ortiz.

Corte Constitucional. (2017) Sentencia T-721 de 2017. M. P. Antonio José Lizarazo.

Corte Constitucional. (2020) Sentencia T-060 de 2020. M. P. Alberto Rojas.

Corte Constitucional. (2021) Sentencia C-233 de 2021. M. P. Diana Fajardo Rivera.

Consejo de Estado (2019). Sentencia 02830, Sala Contenciosa Administrativa. M. P. Carlos Enrique Moreno Rubio. Bogotá.

Reglamentarios:

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia*. Bogotá.

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.

Resolución 2665. (2018). *“Por medio de la cual se reglamenta la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Documentos legales en perspectiva comparada:

Colorado, Department of public Health & Environment. Medical Aid in Dying. Colorado end of life options act. Recuperado de: <https://www.colorado.gov/pacific/cdphe/medical-aid-dying>

Colorado secretary of state. End of life options act. Recuperado de: <https://www.sos.state.co.us/pubs/elections/Initiatives/titleBoard/filings/2015-2016/145Final.pdf>

Congreso de la Nación Argentina. Ley 26.742 “Modificase la Ley 26.529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud”. Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26742-197859/texto>

Council of the District of Columbia (2016). Death with Dignity Act of 2016. Recuperado de: <https://www.deathwithdignity.org/wp-content/uploads/2015/11/DC-Death-with-Dignity-Act.pdf>

Death with Dignity. Hawaii. Recuperado de: <https://www.deathwithdignity.org/states/hawaii/>

DMD (2016). Dossier sobre la eutanasia. Traducción Ley de eutanasia Belga. Recuperado de: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Belgica.pdf>

DMD (2016). Dossier sobre la eutanasia. Traducción Ley de Países Bajos. Recuperado 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. Recuperado 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. Recuperado de: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Luxemburgo.pdf>

DMD (2018). The Impact of Death with Dignity on Healthcare. Traducción DMD Madrid. Recuperado de: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2019/04/1904-Impacto-Leyes-Death-with-Dignity.pdf>

DMD. Eutanasia y suicidio asistido en el mundo. Recuperado de: <https://derechoamorrir.org/eutanasia-mundo/>

DMD. Libres hasta el final. Recuperado de: <https://libreshastaelfinal.org>

DWD. How Death with Dignity Laws Work. Recuperado de: <https://www.deathwithdignity.org/learn/access/>

Government of DC. Of Columbia. DC HEALTH, Deat with Difnity. Recuperado de: <https://www.deathwithdignity.org/wp-content/uploads/2019/08/DC-Death-with-Dignity-Patient-Education-Module-042618.pdf>

Government of Victoria, Australia. Department of Health. Recuperado de: <https://www2.health.vic.gov.au/about/publications/policiesandguidelines/information-for-people-considering-voluntary-assisted-dying>

Government of Western Australia. Department of Health. Voluntary assisted dying. Recuperado de: <https://ww2.health.wa.gov.au/voluntaryassisteddying>

House of Representatives, Our Care, Our Choice Act . State Of Hawaii. Recuperado de: <https://health.hawaii.gov/opppd/files/2018/11/OCOC-Act2.pdf>

María Lampert Grassi (2019) Eutanasia en la legislación chilena. Biblioteca del congreso nacional de Chile. Asesoría técnica parlamentaria. Recuperado de: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27133/1/BCN_eutanasia_en_la_legislacion_chilena_FINAL.pdf

New Jersey State Department of Health. Medical Aid in dying. Recuperado de: <https://www.state.nj.us/health/advancedirective/maid/>

Parliament of Victoria, Australia. Voluntary Assisted Dying Act 2017. Recuperado de <https://content.legislation.vic.gov.au/sites/default/files/2020-06/17-61aa004%20authorised.pdf>

Parliament of Western Australia. Voluntary Assisted Dying Act. 2019. Recuperado de: [https://www.legislation.wa.gov.au/legislation/prod/filestore.nsf/FileURL/mrdoc_42491.pdf/\\$FILE/Voluntary%20Assisted%20Dying%20Act%202019%20-%20%5B00-00-00%5D.pdf?OpenElement](https://www.legislation.wa.gov.au/legislation/prod/filestore.nsf/FileURL/mrdoc_42491.pdf/$FILE/Voluntary%20Assisted%20Dying%20Act%202019%20-%20%5B00-00-00%5D.pdf?OpenElement)

Victoria State Government. Voluntary assisted dying: information for people considering voluntary assisted dying. Health and Human Services.

Textos académicos:

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.

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.

Journal of Pain and Symptom Management. Recuperado de: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(16\)30141-5/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(16)30141-5/fulltext)

Reis de Castro, Cafure, Pacelli, Silva, Rückl & Ângelo. (2016). Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática. *Rev. bioét*, 355-367.

Woitha, Gerralda, Moreno, Clark & Centeno (2016). “Ranking of Palliative Care Development in the Countries of the European Union” publicado en el **Prensa y otros**:

ABC (2020). Alemania. Ayudar a morir vuelve a ser legal en Alemania. Recuperado de: <https://www.dw.com/es/ayudar-a-morir-vuelve-a-ser-legal-en-alemania/a-52544838>

Asuntos Legales (2020). ¿Bajo qué parámetros legales se puede ejecutar el procedimiento de eutanasia en Colombia? Recuperado de: <https://www.asuntoslegales.com.co/consumidor/bajo-que-parametros-legales-se-puede-ejecutar-la-eutanasia-en-colombia-3068819>

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. Recuperado de: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-50943631>

Blog, Instituto Nal de las personas adultas mayores (2019). Ley de Voluntad Anticipada: El derecho a una muerte digna. Gobierno de México. Recuperado de: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/ley-de-voluntad-anticipada-el-derecho-a-una-muerte-digna>

Congreso de la República de Colombia. (2021). Ponencia para segundo debate: 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*. Recuperado de: <https://www.camara.gov.co/eutanasia-1>

Correa, L. (2021). ¿Qué es un Documento de Voluntad Anticipada y por qué es una buena idea firmarlo? En DescLab. Recuperado de: <https://www.desclab.com/post/ideadv>

Correa, L. (2021). ¿Puedo manifestar mi voluntad anticipada en audio o video? En DescLab.

Recuperado de: <https://www.desclab.com/post/dvavideo>

Correa, L. (2021). En DescLab. *Cuántos originales del documento de voluntad anticipada debo firmar y a quiénes debo entregarlos*. Recuperado de: <https://www.desclab.com/post/dvavideo>

Correa, L. (2021). En DescLab. *El DVA hay que actualizarlo periódicamente y puede ser modificado o revocado*. Recuperado de: <https://www.desclab.com/post/actualizardva>

Correa, L. (2021). En DescLab. *No basta con firmar el Documento de Voluntad Anticipada, es necesario formalizarlo*. Recuperado de: <https://www.desclab.com/post/formalizar>

CNN (2019). Vlado Mirosevic y eutanasia: “No estamos acostumbrados a que las libertades individuales salgan triunfantes del Congreso” Recuperado de: https://www.cnnchile.com/programas-completos/vlado-mirosevic-eutanasia-libertades-individuales-congreso_20190821/

El País (2020). El Parlamento portugués da el primer sí a la eutanasia. Recuperado de: https://elpais.com/sociedad/2020/02/20/actualidad/1582202350_889184.html?ssm=TW_CM

El País (2020). La muerte asistida es legal en ocho países. Recuperado de: https://elpais.com/sociedad/2020/02/19/actualidad/1582115262_135029.html

El Tiempo (2019). Quién era Vincent Lambert, símbolo de la eutanasia en Francia. Recuperado de: <https://www.eltiempo.com/mundo/europa/perfil-de-vincent-lambert-simbolo-de-la-eutanasia-en-francia-387040>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Derecho de petición UTL JFRK*. Bogotá.

La voz (2019). Eutanasia, la discusión que nadie se anima a dar. Recuperado de: <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/eutanasia-discusion-que-nadie-se-anima-dar>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Derecho de petición UTL JFRK*. Bogotá.

CONTENIDO

Gaceta número 955 - Miércoles, 24 de agosto de 2022
CÁMARA DE REPRESENTANTES
PONENCIAS

	Págs.
Informe de ponencia negativa para primer debate al Proyecto de ley estatutaria número 006 de 2022 cámara, por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida y se dictan otras disposiciones (Eutanasia).	1
Informe de ponencia para primer debate y texto propuesto al Proyecto de ley estatutaria número 006 de 2022 Cámara, por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida y se dictan otras disposiciones.....	12