



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRESA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXI - N° 1700

Bogotá, D. C., martes, 20 de diciembre de 2022

EDICIÓN DE 19 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

CARTAS DE COMENTARIOS

CARTA DE COMENTARIOS MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA 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 medicamente asistida y se dictan otras disposiciones.

<p>Bogotá D.C.,</p> <p>Doctor JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA Secretario General Cámara de Representantes Carrera 7ª N° 8 – 68 Bogotá D.C.</p> <p>ASUNTO: Concepto sobre el PLE 006/22 (C) “por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte medicamente asistida y se dictan otras disposiciones”.</p> <p>Cordial saludo,</p> <p>Teniendo en cuenta que la iniciativa de la referencia está pendiente de surtir debate en esa Corporación, con fundamento en texto publicado en la Gaceta del Congreso N° 1399 de 2022, se emite concepto institucional desde la perspectiva del Sector Salud y Protección Social. Lo anterior, en ejercicio de las competencias constitucionales y legales previstas en el inciso 2° del artículo 208 de la Constitución Política y el numeral 3° del artículo 59 de la Ley 489 de 1998, de conformidad con el siguiente orden:</p> <p>1. CONTENIDO</p> <p>La regulación de la eutanasia ha sido un tema recurrente en varias legislaturas en línea con los exhortos formulados por la Corte Constitucional. Se recuerda que propuestas en tal sentido se presentaron con números de radicación 05/07 (S), 044/08 (S), 070/12 (S), 117/14 (S), 30/15 (S), 204/19 (C), 163/19 (S), 070/20 (S) o 355/20 (S), este último de conformidad con lo ordenado en la Sentencia T-544 de 2017.</p> <p>La ponencia para segundo debate está organizada en 91 artículos y cinco títulos, contemplando aspectos como los que a continuación se describen:</p> <p>1.1. El Título I, desarrolla las disposiciones generales a través de un único capítulo. Establece el objeto (art. 1°), los principios orientadores (art. 2°), las definiciones (art. 3°), la complementariedad entre las diferentes modalidades del derecho (art. 4°), las</p>	<p>garantías de acceso y los titulares de la modalidad a regular (arts. 5° y 6°). Los artículos 7° y 8° hacen referencia a la participación de la Defensoría del Pueblo y la Superintendencia Nacional de Salud y el alcance de sus competencias. El artículo 9° regula lo relativo a las obligaciones y poder reglamentario sobre la materia asignadas a este Ministerio, y el artículo 10° ordena a esta entidad presentar un informe anual al Congreso de la República. El artículo 11, por su parte, imparte instrucciones a los diferentes actores sobre medidas para la accesibilidad y; el artículo 12, trata del monitoreo a las acciones para garantizar el acceso desde el ejercicio de identificación de barreras. En el artículo 13 se reconocen los derechos de la familia de la persona que busca ejercer el derecho; el artículo 14, alude al amparo de pobreza para el ejercicio de derechos de la familia; y el artículo 15, aborda medidas pedagógicas y educativas dando instrucciones al Ministerio de Educación Nacional.</p> <p>1.2. El Título II trata el proceso para acceder al derecho de personas mayores de edad, por medio de tres (3) capítulos en los que se abordan, los participantes en el proceso y requisitos (arts. 16 a 18), el consentimiento, su formalización, el retracto, el consentimiento sustituto y el documento de voluntad anticipada (arts. 19 a 29) y los procesos para acceder al derecho, a saber, el trámite de la solicitud, la reiteración del consentimiento, el desistimiento y su aplicación (arts. 30 a 41).</p> <p>1.3. El Título III prevé el proceso para acceder al derecho tratándose de niños, niñas y adolescentes, también por medio de tres (3) capítulos, con un esquema similar al anterior, pero adecuando a las especificidades de esta población, por lo que incorpora, en el capítulo I, los participantes en el proceso y requisitos para el acceso (arts. 42 a 46). En este caso se incluye a los niños y niñas menores de 6 años a través de la suspensión del esfuerzo terapéutico y para los mayores de esa edad la aplicación de la muerte medicamente asistida. En el capítulo II, del consentimiento, se establece sus elementos, la manera de formalizarlo, el retracto, el consentimiento sustituto, su manifestación previa y el documento de voluntad anticipada (arts. 47 a 57). En el mencionado capítulo mediante el artículo 51, se aborda la manifestación del consentimiento en casos de personas con discapacidad mayores y menores de edad. Finalmente, en el capítulo III se desarrolla el trámite de la solicitud, la reiteración del consentimiento, el desistimiento y la aplicación de procedimiento (arts. 58 a 69).</p> <p>1.4. El Título IV (arts. 70 a 86), aborda los temas de los Comités Interdisciplinarios y la objeción de conciencia, respectivamente.</p>
--	---

1.5. Finalmente, por medio del Título V se adoptan como disposiciones finales, las garantías jurídico penales o cláusula de exclusión penal y redefinición del homicidio por piedad (arts. 88 y 89), y en el artículo 90, regula lo concerniente a la apropiación presupuestal para el cumplimiento de la ley.

A continuación, se presentan algunas consideraciones para que sean tenidas en cuenta en los debates posteriores acerca del proyecto en cuestión.

2. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA TEMÁTICA DEL PROYECTO

2.1. Reflexiones iniciales

La discusión respecto a la buena muerte no es nueva; cada cultura, cada momento histórico ha desarrollado una visión de la vida y de la muerte y ha planteado parámetros y cosmovisiones sobre la misma. Ciertos estudios encuentran en el abandono de un miembro de la comunidad una especie de eutanasia. Dentro de la antigua Grecia, por ejemplo, poetas como Sófocles se refirieron a la muerte desde la perspectiva eutanásica¹ que se hace explícita en Prodisip quien afirmó que “[d]e todo lo que el hombre desea obtener, nada mejor que una muerte dulce”². No obstante, debe recordarse que a quien se atribuye el patronazgo de la medicina, Hipócrates, afirmaba:

No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia. Igualmente tampoco proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo. En pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte³.

En ese conocido juramento se plantea una visión totalmente contraria a admitir dicha alternativa por parte de un profesional de la salud, en donde el valor de la vida, en cualquier condición que esta sea, prima aún sobre los intensos dolores que pueda estar padeciendo la persona, que es una visión muy cercana a la de la iglesia católica.

Ya en Roma, filósofos estoicos como Séneca, veían en la muerte un final comprensible al que el propio individuo podía llegar a voluntad, siendo la base de los pensamientos autonomistas, muy aledaños a la admisibilidad del suicidio como una opción propia, no censurable⁴. Afirmaba el filósofo romano en sus Epístolas Morales:

¹ En Juan A. Mateu, Eutanasia. Una batalla por ganar, libros en red, 2008, pág. 17.

² *Ibid.*

³ Ver en Jazmin Sánchez, *el al, « Evolución del juramento hipocrático: ¿qué ha cambiado y por qué? », Rev. méd. Chile [online]. 2018, Vol 148, 2012, págs. 1409-1400.*

⁴ Ver Óscar Frutos Guadarrama, “La muerte en el pensamiento de Séneca: una lección moral”, *La Colmena*, 78, anti-junio de 2013.

Por estas razones no podrías decidir en general si es mejor prevenir la muerte, ó esperarla cuando se nos impone por fuerza extraña; porque existen muchas razones que pueden inclinar a una ó otra parte. Pero si una muerte viene acompañada de tormentos, y otra es más dulce y fácil, ¿por qué no elegir la última? Así como querría elegir la mejor nave para embarcarme, la casa más cómoda para alojarme, también elegiría la muerte más dulce para abandonar la vida. Además, tan incierto como es que la vida más larga sea la mejor, así es de cierto que la muerte más larga es la peor. En nada debemos satisfacer tanto a nuestro espíritu como en la elección de muerte; que salga por donde quiera, por el hierro, por la cuerda ó por el veneno: ¡apresúrese y rompa los lazos de su esclavitud! Si debemos satisfacer a los demás en la manera de vivir, a nadie debemos satisfacer más que a nosotros mismos en la manera de morir. La muerte que nos agrada, es la mejor.⁵

El cristianismo, aunque no de manera uniforme, ha sido contrario a esa clase de prácticas pues, en esencia, considera que van en contravía de uno de sus postulados básicos: promueve la cultura de la muerte⁶ y además trasgrede el principio de que la vida trasciende a su portador pues es un don divino, tal y como lo proclamara en su momento Santo Tomás⁷.

Fue durante el renacimiento, en donde se recobró el pensamiento autonomista. El propio Tomás Moro describe en su Utopía, una sociedad ideal en la que oficializaba la eutanasia⁸. Por su parte, el filósofo Francis Bacon, oponiéndose al juramento hipocrático, señala que el oficio del médico incluye “servir para dar salida feliz y fácil”⁹ que es sostenida, igualmente, por el también filósofo empirista David Hume. Shopenhauer afirmaba el derecho del hombre a disponer de su vida¹⁰. El tema se planteó en el campo de derecho por Karl Binding y Alfred Hoche que publicaron el texto *la licitud de destruir la vida que no merece vivir*¹¹, que fue emparentada con la práctica del nazismo y la raza superior. Los actuales debates ponen en tela de juicio, además, el encarnizamiento y toda terapéutica que pretende mantener con vida a la persona en una medicina invasora y conquistadora¹².

⁵ Lucio Anneo Séneca, *Epístolas Morales*, Luis Navarro editor, Madrid, 1884, págs. 218 y 219.

⁶ Ana María, Collado Madurga *et al.* Eutanasia y valor absoluto de la vida. *Rev Cubana Hig Epidemiol* 2011 Dic; 49(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300012&lng=es. Las iglesias luteranas y metodistas, aunque se oponen a la práctica “dan espacio a la decisión individual”.

⁷ Juan A. Mateu, *op. cit.*, pág. 20.

⁸ Daniel Behar, *Cuando la vida ya no es vida: ¿Eutanasia?*, Editorial Pax, México, 2007, pág. 16.

⁹ Juan A. Mateu, *op. cit.*, pág. 22.

¹⁰ Daniel Behar, *op. cit.*, pág. 17.

¹¹ En Brian Pollard *Eutanasia: ¿debemos matar a los enfermos terminales?*, ediciones Rialp, S.A, Madrid 1991, pág. 29.

¹² Michel Heulecouverture, *¿Hay que legalizar la eutanasia?*, ediciones Alai, Madrid, 2005.

Como se observa, el dilema que plantea la eutanasia y el suicidio asistido radica en la posibilidad de admitir que, por propia voluntad y dadas unas condiciones específicas, el Estado, a través de un profesional de la salud, ponga fin al sufrimiento de una persona a través de la muerte. Otras formas de ver la problemática tienden a distorsionarla o a desvirtuar esta noción fundamental para justificar prácticas que no son eutanasia, como son las medidas de exterminio o asedio a una determinada población o sector de la población que se han producido a lo largo de la historia de la humanidad para dejar, supuestamente, a los más capaces. No debe entonces confundirse con una forma velada de producir una muerte a una persona que no ha manifestado su voluntad en ello y que no se encuentra en condiciones de padecimientos de una enfermedad grave e intensa, que hacer surgir el elemento pietístico de la eutanasia.

Estos temas, precisamente por su carácter controversial, han sido llevados magistralmente al séptimo arte¹³ y en síntesis, sin perder de vista que existe un derecho a la vida que el Estado debe proteger y garantizar, está la libre decisión de la persona que, padeciendo una enfermedad terminal (o degenerativa eventualmente) que le produce dolor, conforme a sus convicciones, puede decidir continuar viviendo o permitir que, agotando un procedimiento plenamente transparente, se admita una terminación de su vida a través de un profesional de la salud. Esto tiene que ver con una concepción de la vida que involucra su finalización:

La idea, de que el hombre tiene del “derecho a morir con dignidad” ha dominado el debate bioético contemporáneo relacionado con el final de la vida humana. Muchos de los autores que abogan por el derecho a una “muerte digna” entienden que éste incluye el derecho a disponer de la propia vida mediante la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, basándose para ello en el respeto a la libertad individual o autonomía del paciente. Se afirma así, que nadie tendría derecho a imponer la obligación de seguir viviendo a una persona que, en razón de un sufrimiento extremo, ya no lo desea. De acuerdo con esta línea de pensamiento en situaciones verdaderamente extremas, la eutanasia y la asistencia al suicidio representarían actos de compasión (beneficencia); negarse a su realización podría suponer una forma de maleficencia (Taboada, P. El derecho a morir con dignidad. *Acta Bioética* 2000; año VI, n°1).

Ahora que el avance de la ciencia médica nos permite asistir a las etapas finales de

¹³ *Mar Adénrio*, Director Alejandro Amenábar, España, 2004. El tema también ha sido tratado en obras como *El mayor espectáculo del mundo*, Director Cecil B. DeMille, Estados Unidos, 1952; *Jehonny cogió su luz*, Director Dalton Trumbo, Estados Unidos, 1971; *Danzad, danzad, maléficos*, Director Sydney Pollack, Estados Unidos, 1969; *Mi vida es mía*, Director John Badham, Estados Unidos, 1981; *Cosas que importan*, Director Carl Franklin, Estados Unidos, 1998; *Tapas*, Director José Corbacho y Juan Cruz, España, 2005, entre otras. *Amor*, Director Michael Hanekr, Austria-Francia-Alemania 2012.

múltiples enfermedades crónicas, la medicina ha visto conveniente retomar su función de aliviar, cuando no se puede prevenir ni curar. En busca de estos cuidados acuden los pacientes terminales y sus familiares a los hospitales, convirtiéndose la muerte en un evento hospitalario cada vez más frecuente, denominándose este proceso la medicalización de la muerte. La ética al final de la vida, estudia los principios y consideraciones en el abordaje médico de estos pacientes¹⁴.

Dentro de un Estado laico como el nuestro, que respeta la diversidad religiosa, ambas visiones son válidas y no existiría una razón para impedir que se produjera la segunda, como una extensión de la vida en condiciones dignas, sin que esa actitud se imponga a todas las personas. Otros tópicos, que se entran a considerar, como el consentimiento sustituto, que está tratado en el proyecto, complejizan el tema pero no niegan la premisa general, aunque sí se alejan de una de sus premisas fundamentales, la propiedad sobre la vida y la autodeterminación.

La muerte médicamente asistida incluye en su haber y hacer, los procesos de cuidado al final de la vida en los cuales la medicina y los profesionales de la salud relacionados con estos realizan procedimientos de acompañamiento y asistencia al proceso de muerte y momento de muerte, e incluyen por lo tanto, los cuidados paliativos al final de la vida y con ellos la adecuación de los esfuerzos terapéuticos y la sedación terminal, –sin limitar con esto el cuidado paliativo al final de la vida–, procesos y procedimientos que no tienen la finalidad de inducir la muerte más si de garantizar que ésta sea sin sufrimiento y dentro de un proceso natural esperado para la condición de la persona; otros procesos que pueden denominarse muerte médicamente asistida son aquellos procesos de anticipación de muerte, dentro de los que pueden listarse la suspensión voluntaria de líquidos y alimentos, el suicidio médicamente asistido y la eutanasia.

Cada proceso y procedimiento en el cual se busca la anticipación de la muerte está mediado por el consentimiento directo de la persona que la solicita, y es este consentimiento el que configura la voluntariedad del acto, dicha voluntariedad es reflejo de un ejercicio de autonomía de la persona para definir lo que considera digno para sí mismo frente al sufrimiento que está viviendo. Sin embargo, no puede dejarse a un lado que, no solo la autonomía y con ello la definición de dignidad, definen la anticipación de la muerte, sino que esta incluye el reconocimiento a la compasión frente al sufrimiento, experiencial individual, multidimensional y no transferible, y la definición de vida humana más allá de la condición puramente biológica.

¹⁴ Jacqueline Cortez G., “Aspectos Bioéticos del final de la vida: El Derecho a Morir con Dignidad”, *Cuad. - Hosp. Clin. [online]. 2005, vol.51, n.2, pp. 97-102. ISSN 1652-6776, pág. 98.*

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, debe subrayarse que el Cuidado Paliativo ya fue legislado y reglamentado en el país, la normativa desarrollada a partir de esta ley se encuentra en fase de implementación y que, de los procesos de anticipación de la muerte, se cuenta con normativa emitida en cumplimiento a múltiples ordenamientos de la Corte Constitucional para la garantía del derecho fundamental a morir con dignidad a través de la eutanasia. Para la práctica de la eutanasia como acto médico en Colombia, la Corte Constitucional ha fijado condiciones y lineamientos para acceder a este dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, definiendo quienes pueden acceder a este tipo de muerte médicamente asistida y cuando se configura este tipo de asistencia, en el contexto de despenalización del homicidio por piedad.

Para la adecuada aproximación al objeto del proyecto, debe tenerse en cuenta que, en Colombia, la muerte médicamente asistida a través de la eutanasia ha sido reconocida en el marco del derecho fundamental a morir con dignidad, no así el suicidio médicamente asistido, sobre el cual el Alto Tribunal se refiere en la C-164 de 2022¹⁵, donde se hace referencia a la Asistencia Médica al Suicidio diferenciándolo de la opción antes referida, el cual sigue estando penalizado, salvo cuando "(i) se realice por un médico, (ii) con el consentimiento libre, consciente e informado, previo o posterior al diagnóstico, del sujeto pasivo del acto, y siempre que (iii) el paciente padezca un intenso sufrimiento físico o psíquico, proveniente de lesión corporal o enfermedad grave e incurable".

El derecho a la muerte digna ha sido reconocido como un conjunto de facultades que le permiten a la persona vivir con dignidad el final de su ciclo vital, al permitirle tomar decisiones sobre cómo enfrentar el momento de muerte, "la Corte Constitucional elevó al derecho a morir dignamente a la categoría de fundamental, con base en la dignidad humana y la autonomía individual. [...] la muerte digna tiene como propósito principal hacer prevalecer una existencia donde la persona, de forma autónoma, pueda desarrollar su proyecto de vida, es decir, que no consista en la sola subsistencia vital de una persona", siendo una de las decisiones posibles la anticipación de la muerte a través de la eutanasia. Es descrito más recientemente como, "[...] un derecho complejo, que tiene al menos tres importantes proyecciones: los cuidados paliativos, la adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico para no extender la vida con mecanismos médicos extremos (en tanto causan también profundo sufrimiento al paciente) y las prestaciones específicas para una muerte en condiciones de dignidad (o eutanásicas)"¹⁶.

¹⁵ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-164 de 2022, M.P. Antonio José Lizarraso Ocampo
¹⁶ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-233 de 2021, M.P. Diana Fajardo Rivera.

2.2. El entorno jurisprudencial colombiano

Al revisar la jurisprudencia colombiana a partir de 1997, esta ha sido enfática en afirmar que la autonomía es el principio fundamental que conduce la decisión de morir dignamente a través de la eutanasia, pues es la persona quien escoge libre y voluntariamente si desea o no someterse a este procedimiento, y es este principio el que se traduce en la forma en la cual se ha dado la reglamentación en el país, a partir de los desarrollos jurisprudenciales de la Corte Constitucional.

Entre nosotros, hace ya veinticinco años, la Corte Constitucional¹⁷ avaló la posibilidad de provocar la muerte, al condicionar la exequibilidad del artículo 326, homicidio por piedad, del entonces Código Penal (Decreto 100 de 1980) de la siguiente manera:

Primero: Declarar EXEQUIBLE el artículo 326 del decreto 100 de 1980 (Código Penal), con la advertencia de que en el caso de los enfermos terminales en que concurra la voluntad libre del sujeto pasivo del acto, no podrá derivarse responsabilidad para el médico autor, pues la conducta está justificada.

Segundo: Exhortar 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.

Si bien la disposición penal continúa vigente y está incluida en el artículo 106 de la Ley 599, debe ser leída con dicho condicionamiento y, posteriormente, con el realizado en la sentencia C-233 de 2021¹⁸, a la cual se hará referencia al final de este acápite.

Entre las razones expresadas por esa Corporación, en la sentencia pionera, deben tenerse en cuenta las siguientes:

Entre las razones expresadas por esa Corporación, se tiene:

[...] la Constitución se inspira en la consideración de la persona como un sujeto moral, capaz de asumir en forma responsable y autónoma las decisiones sobre los asuntos que en primer término a él incumben, debiendo el Estado limitarse a imponerle deberes, en principio, en función de los otros sujetos morales con quienes está avocado a convivir, y por tanto, 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

¹⁷ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-239 de 1997, M.P. Carlos Gaviria Díaz.
¹⁸ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-233 de 2021, M.P. Diana Fajardo Rivera.

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.

Job es un patético ejemplo de valor para sobrellevar la existencia en medio de circunstancias dolorosas y degradantes; pero la resignación del santo, justificable y dignificante sólo por su inmovilidad fe en Dios, no puede ser el contenido de un deber jurídico, pues 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, sólo 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. Porque, precisamente, la filosofía que informa la Carta se cifra en su propósito de erradicar la crueldad. Rorty lo ha expresado en palabras exactas: quien adhiere a esa cosmovisión humanística, es una persona que piensa "que la crueldad es la peor cosa que puede hacer".

En síntesis, desde una perspectiva pluralista no puede afirmarse el deber absoluto de vivir, pues, como lo ha dicho Radbruch, bajo una Constitución que opta por ese tipo de filosofía, las relaciones entre derecho y moral no se plantean a la altura de los deberes sino de los derechos. En otras palabras: 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; sólo que a él se le permita vivir su vida moral plena y actuar en función de ella sin interferencias.

Además, si el respeto a la dignidad humana, irradia el ordenamiento, es claro que la vida no puede verse simplemente como algo sagrado, hasta el punto de desconocer la situación real en la que se encuentra el individuo y su posición frente al valor de la vida para sí. En palabras de esta Corte: el derecho a la vida no puede reducirse a la mera subsistencia, sino que implica el vivir adecuadamente en condiciones de dignidad [...]¹⁹.

Adicionalmente, el tema volvió a la palestra pública con la sentencia T-970 de 2014 en la cual la Corte Constitucional retomó la anterior decisión y ordenó al Ministerio, dentro del término de 30 días, a emitir:

[...] una directriz y disponga todo lo necesario para que los Hospitales, Clínicas, IPS, EPS y, en general, prestadores del servicio de salud, conformen el comité interdisciplinario del que trata esta sentencia y cumplan con las obligaciones emitidas en esta decisión. De igual manera, el Ministerio deberá sugerir a los médicos un protocolo médico que será discutido por expertos de distintas disciplinas y que servirá como referente para los procedimientos

¹⁹ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-239 de 1997, M.P. Carlos Gaviria Díaz., considerando 1.

tendientes a garantizar el derecho a morir dignamente [...]²⁰.

Es en esta sentencia donde se establecen los criterios para la garantía de la eutanasia en Colombia, (i) prevalencia de la autonomía del paciente, (ii) celeridad, (iii) oportunidad e (iv) imparcialidad para el manejo de la solicitud y la realización del procedimiento, en caso de que se cumplan con las condiciones de despenalización para la garantía de esta forma de ejercer el derecho a morir con dignidad en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Debido a lo anterior y, retomando los presupuestos de despenalización y las instrucciones generales de la SC-239 de 1997, se ordenó a este Ministerio regular la creación de los Comités Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con dignidad. La sentencia en referencia establece como función principal de los Comités, a conformarse en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), la verificación del cumplimiento de las condiciones de despenalización, a través de la validación de la revisión realizada por profesionales capacitados y competentes para tal fin, con el objeto de dar un concepto sobre el cumplimiento o no de estas condiciones y, adicionalmente, se le responsabiliza del seguimiento para que las atenciones se den en observancia a los criterios fijados por la Corte, tal y como fue desarrollado mediante la Resolución 1216 de 2015.

Tres años después de esta decisión, se sucedieron una cantidad importante de fallos de esa Alta Corporación en sede de tutela, así:

Tres años después de esta decisión, se sucedieron una cantidad importante de fallos de esa Alta Corporación en sede de tutela, así:

- La sentencia T-322-17²¹ revisa y reitera lo contemplado hasta el momento en la jurisprudencia sobre la despenalización, los criterios para la garantía del derecho y se refiere al no acceso a la eutanasia para personas que no estén en una condición de final de la vida de tipo enfermedad terminal, es más, hace referencia al poco estudio constitucional del consentimiento sustituto. Reitera que, solo en el evento en que se presenten las circunstancias de despenalización, se puede exigir la protección constitucional de este derecho a anticipar la muerte, teniendo en cuenta la excepcionalidad de este procedimiento.

²⁰ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. T-970 de 2014, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.
²¹ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. T-322 de 2017, M.P. Aquiles Arrieta.

<p>- En la sentencia T-423-17²² se adelanta la revisión de los hechos en los que se dio manejo a la solicitud de una persona, que cumplía con las condiciones de despenalización, que no fue manejada adecuadamente identificando el incumplimiento de los criterios constitucionales. Da órdenes al Ministerio para la creación de una medida de conocimiento de todas las solicitudes de eutanasia y, adicionalmente, le indica gestionar lo necesario para que todas las EPS e IPS del país emitan una carta de derechos para que los pacientes estén en conocimiento de sus derechos y deberes en lo concerniente al derecho fundamental a morir dignamente.</p> <p>- En reconocimiento al principio del interés superior de niños, niñas y adolescentes, en la sentencia T-544-17²³, tras analizar un caso de un menor de 18 años, se consideró necesaria la expedición de regulación diferenciada en la que se consideren las particularidades de los casos de niños, niñas y adolescentes, manteniendo las condiciones de despenalización y los criterios previamente fijados, haciendo especial énfasis en las características del consentimiento y su relación con el desarrollo cognitivo, psicológico y emocional de acuerdo a la edad. En consecuencia, le ordena al Ministerio a extender la reglamentación de mayores de edad para la solicitud de eutanasia a menores de 18 años (Resolución 0825 de 2018), considerando las particularidades revisadas en la sentencia y además ordena la presentación de un proyecto de ley sobre la materia (PLE 355-20-S).</p> <p>- Por su parte, en la sentencia T-721-17²⁴ analiza la evolución del derecho fundamental a morir con dignidad, incluyendo el derecho a la reorientación de los esfuerzos terapéuticos para permitir la muerte natural, reafirmando que este derecho no está limitado a la anticipación de la muerte. Solicita revisar el consentimiento sustituto ante la imposibilidad de expresar o reiterar la solicitud de eutanasia, sin extender la realización del procedimiento por fuera de la terminalidad y el sufrimiento secundario a esta. Sobre la modificación en el concepto de la voluntariedad y autonomía, y el riesgo de aparición de una grave pendiente resbaladiza, el Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentra adelantando las revisiones necesarias para dar cumplimiento a lo ordenado sin que esto suponga la exposición de personas a situaciones de abusos por terceros, en tanto no se configura en dicha situación una solicitud de eutanasia.</p> <p>²² CORTE CONSTITUCIONAL, sent. T-423 de 2017, M.P. Humberto Escrucera Mayolo. ²³ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. T-544 de 2017, M.P. Gloria Ortiz Delgado. ²⁴ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. T-721 de 2017, M.P. Antonio Lizarraso Ocampo.</p>	<p>Para continuar con esta evolución, en la sentencia T-060 de 2020²⁵, se realiza un nuevo análisis jurisprudencial de los derechos de los pacientes en final de vida, diferenciando conceptos como suscripción de Documento de Voluntad Anticipada, el rechazo terapéutico, la adecuación del esfuerzo terapéutico. Resalta que resulta invariable en las regulaciones de la materia en el mundo la máxima dedicación y atención a asegurar que las condiciones de capacidad y autonomía de las personas estén siempre presentes. Establece una diferenciación sobre las formas de ejercer el derecho fundamental a morir con dignidad, y reitera que este, no es unidimensional ni se circunscribe exclusivamente al procedimiento de eutanasia, y que, dentro de sus dimensiones se encuentran al menos la adecuación de los esfuerzos terapéuticos, el cuidado paliativo y la eutanasia.</p> <p>De otro lado, la sentencia reitera el exhorto al Congreso de la República efectuado por esa Corporación en las sentencias C-239 de 1997, T-970 de 2014, T-423 de 2017, T-544 de 2017 y T-721 de 2017, para que proceda a regular el derecho fundamental a morir dignamente, teniendo en cuenta las pautas y los criterios desarrollados por la jurisprudencia constitucional, y ordena al Ministerio reglamentar las condiciones de viabilidad del consentimiento sustituto en el ámbito del derecho a morir con dignidad.</p> <p>La evolución jurisprudencial que deriva en la reglamentación de la eutanasia en Colombia, reafirma condiciones y procesos, para el establecimiento de límites claros, definidos por la sentencia de despenalización, que procuren evitar que en el nombre de la autonomía y la dignidad humana se lleve a la muerte a personas que desean seguir viviendo o que no han recibido otras opciones para garantizar el alivio de su sufrimiento.</p> <p>Ahora bien, un nuevo paso paradigmático se presentó con la sentencia C-233 de 2021 ya citada, en la que declaró exequible el artículo 106 de la Ley 599 pero condicionándolo a que "que no se incurra en el delito de homicidio por piedad, cuando la conducta (i) sea efectuada por un médico, (ii) sea realizada con el consentimiento libre e informado, previo o posterior al diagnóstico, del sujeto pasivo del acto, y siempre que (iii) el paciente padezca un intenso sufrimiento físico o psíquico, proveniente de lesión corporal o enfermedad grave e incurable", es decir, eliminando la condición de terminalidad. En dicha sentencia, reiteró los siete exhortos ya realizados. En cuanto a esta decisión, se resalta lo siguiente:</p> <p>473. En torno al problema jurídico de fondo, la Sala consideró que los tres cargos de la demanda, en realidad, podrían estudiarse agrupados en un cuestionamiento: si la condición de enfermedad terminal desconocía la dignidad humana del paciente, en relación con su</p> <p>²⁵ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. T-060 de 2020, M.P. Alberto Rojas Ríos</p>
<p>autonomía e integridad, entendida esta última como el derecho a no ser sometido a tratos y penas crueles, inhumanos y degradantes.</p> <p>474. La Corte reiteró entonces su jurisprudencia sobre la penalización del homicidio por piedad y el derecho a morir dignamente, contenida en la Sentencia C-239 de 1997, al igual que los precedentes dictados en sede de revisión de tutela en torno al acceso a prestaciones para morir dignamente.</p> <p>475. Con base en estos fundamentos normativos, la Sala planteó que el problema jurídico es susceptible de abordarse en dos grandes dimensiones: el uso del derecho penal frente a las conductas altruistas que ponen fin o contribuyen a culminar con una vida humana para evitarle sufrimientos profundos e intensos derivados de condiciones de salud extrema; y el acceso al derecho fundamental a morir dignamente. Este último es un derecho complejo, que tiene al menos tres importantes proyecciones: los cuidados paliativos, la adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico para no extender la vida con mecanismos médicos extremos (en tanto causan también profundo sufrimiento al paciente) y las prestaciones específicas para una muerte en condiciones de dignidad (o eutanásicas).</p> <p>476. La Sala concluyó que, en efecto, la condición de enfermedad en fase terminal desconoce la autonomía del paciente que desea terminar su vida porque se encuentra en condiciones extremas, que le producen un sufrimiento intenso, y que se oponen a su concepto de vida digna. Además, esta condición puede llevar a la persona a padecer un trato inhumano, cruel y degradante porque la somete a soportar un sufrimiento intenso de manera indefinida.</p> <p>477. Así las cosas, por una parte, la Sala profundizó en los aspectos centrales de la Sentencia C-239 de 1997: insistió en que la autonomía y el consentimiento constituyen la piedra angular del derecho fundamental a morir dignamente cuando se enfrentan circunstancias extremas y se requiere el apoyo de la medicina para terminar con un sufrimiento intenso; destacó la importancia de la intervención médica para que el consentimiento sea, materialmente, informado; y reiteró que la vida no se reduce a la mera subsistencia.</p> <p>478. Señaló además que, como el tipo penal analizado ya establece una situación genérica que involucra circunstancias de salud extrema, que son origen de intenso sufrimiento, entonces la condición de un pronóstico de muerte próxima no contribuye en la defensa de la vida, y si supone una limitación profunda a la autonomía y al derecho a no enfrentar condiciones incompatibles con los intereses críticos o el concepto de vida digna que cada persona defiende.</p> <p>479. De igual manera, la Corte avanzó en el estudio de la prohibición de tratos crueles, inhumanos y degradantes y su relación con el derecho fundamental a morir dignamente. En</p>	<p>este ámbito, señaló que si una persona no puede ser obligada a padecer intensamente por un tiempo relativamente corto (muerte próxima) no resulta justificado que deba quedar obligada a soportarlo por un tiempo mucho más amplio o, en cualquier caso incierto (ausencia de pronóstico de muerte próxima). Con miras a una mejor comprensión sobre la relevancia del sufrimiento en el ejercicio del derecho a la muerte digna, la Corporación reiteró que, más allá de las profundas discusiones científicas en torno al dolor y el sufrimiento, es necesario, para asegurar el goce efectivo del derecho, dar prevalencia a la dimensión subjetiva.</p> <p>480. En vista del déficit de protección señalado y con el objeto de optimizar los derechos fundamentales en juego, la Sala reiteró que la Constitución 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 libre de elegir un modo de muerte digna. En ese sentido, precisó, 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.</p> <p>481. En consecuencia, declaró exequible el artículo 106 del Código Penal, en el entendido de que no se incurra en el delito de homicidio por piedad, cuando la conducta (i) sea efectuada por un médico, (ii) sea realizada con el consentimiento libre e informado, previo o posterior al diagnóstico, del sujeto pasivo del acto, y siempre que (iii) el paciente padezca un intenso sufrimiento físico o psíquico, proveniente de lesión corporal o enfermedad grave e incurable. [Énfasis agregado]</p> <p>La evolución continuó con la sentencia C-164 de 2022 ya mencionada en la que, además de reiterar el exhorto para la regulación, al referirse a la ayuda al suicidio, concluyó:</p> <p>195. Ahora bien, además de solicitar la condicionalidad de la disposición, los demandantes formularon las siguientes pretensiones: (i) que se declare que el suicidio médicamente asistido es un mecanismo constitucionalmente permitido para garantizar el derecho fundamental a morir dignamente, (ii) que se exhorte al Congreso de la República a legislar sobre el derecho fundamental a morir dignamente a través de sus cuatro mecanismos de protección y garantía, observando de manera estricta el precedente constitucional, (iii) que se ordene al Ministerio de Salud y Protección Social que, de acuerdo con el precedente constitucional, en un plazo máximo de tres meses, reglamente el acceso al SMA como un mecanismo para garantizar el derecho a morir dignamente, y (iv) que se ordene al Ministerio de Salud y Protección Social que, en el proceso de reglamentación del SMA, garantice la participación ciudadana amplia, y no únicamente de entidades médicas y se vincule activamente a DesLab.</p>

196. Después del estudio de constitucionalidad efectuado, debe concluirse que la AMS es uno de los mecanismos existentes de las prestaciones específicas para morir, como forma reconocida del derecho a morir dignamente. Por ello, la AMS no puede tipificarse válida y constitucionalmente.

197. Frente a las dos últimas pretensiones se señala que la Sala no accederá a ellas. Como se ha señalado, el análisis efectuado por esta Corporación corresponde a la contrastación entre la norma demandada y el texto constitucional. Del análisis efectuado y por las razones expuestas, se concluyó que el legislador desconoció los límites constitucionales al tipificar como delito la asistencia médica al suicidio. Igualmente se insistió en la cualidad de *fundamental* que se predica del derecho a morir dignamente, -mas no del medio empleado para materializar este derecho. En tal sentido, se concluyó que la AMS se enmarca en el principio rector de la dignidad humana y los derechos fundamentales a la vida digna, muerte digna y libre desarrollo de la personalidad.

198. No obstante, no corresponde a esta Corporación ordenar cómo debe ser el tratamiento de la AMS, sino que la misma corresponde al legislador como órgano de representación popular y al ejecutivo en su definición de política públicas. Debe sin embargo reiterarse que los derechos a la vida digna, la muerte digna, la autonomía personal y el libre desarrollo de la personalidad son fundamentales, y el legislador debe avanzar en la garantía de estos derechos.

No se puede perder de vista que toda reglamentación debe siempre propender porque los límites y las medidas de control sean parte fundamental de la garantía del derecho y de la prevención de disposiciones, que lleven a la muerte a personas en condiciones de vulnerabilidad o motivadas por condiciones de falta de acceso al cuidado proporcional e integral en el final de la vida.

2.3. Algunas precisiones terminológicas

Es importante reiterar que la muerte médicamente asistida corresponde a la totalidad de los procesos de cuidado al final de la vida en los cuales la medicina y los profesionales de la salud relacionados con estos, realizan procedimientos de acompañamiento y asistencia al proceso de muerte y al momento de la muerte, e incluyen por lo tanto, los cuidados paliativos al final de la vida²⁸, la adecuación de los esfuerzos terapéuticos, a los que adicionalmente, en las últimas dos décadas, se han sumado los procesos de anticipación de muerte, dentro de los que pueden listarse la suspensión voluntaria de líquidos y alimentos, el suicidio médicamente asistido y la eutanasia. En la literatura

²⁸ En la que se incluye la sedación paliativa y la sedación terminal.

científica, en general, pueden presentarse múltiples términos para hacer referencia a los diferentes tipos de muerte médicamente asistida²⁷, por lo cual es necesario tener claro cuáles son los conceptos y categorías desde las cuales se ha abordado el asunto en el país. En consecuencia, y con el propósito de evitar confusión para el debate, para los regulados, los profesionales de la salud y otros actores del sistema, es importante tener claridad que, cuando se trata de eutanasia, se habla de manera particular de un solo tipo de muerte médicamente asistida: aquella de carácter anticipatorio, por solicitud expresa del paciente y como actuación directa realizada por un médico.

Se exponen a continuación, con el objeto de dar claridad, los procesos asistenciales relacionados con cuidado al final de la vida que pueden estar referenciados o no, dentro de la denominación del derecho a morir con dignidad según el antecedente jurídico en el cual se den las prestaciones en el sistema sanitario al que correspondan.

2.3.1. Cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos buscan mejorar la calidad de vida de los pacientes que enfrentan los problemas asociados con una enfermedad o condición médicamente comprobada progresiva, degenerativa o irreversible donde es necesario atender necesidades físicas, psicológicas, emocionales, sociales y espirituales del paciente y su familia, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y una correcta evaluación y tratamiento de los problemas identificados²⁹. No se limitan a los cuidados al final de la vida, sino que responden a una visión integral del cuidado de acuerdo con las necesidades del paciente en el curso de la enfermedad, durante el tratamiento, la rehabilitación, el mantenimiento funcional y el proceso de muerte, para obtener la mejor calidad de vida posible.

En coherencia con los desarrollos internacionales, la Ley 1733 de 2014 y la Resolución 229 de 2020, carta de derechos y deberes, define el cuidado paliativo frente al derecho fundamental a morir con dignidad, así:

b. **Cuidado paliativo:** cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, enfermedad incurable avanzada, degenerativa e irreversible, donde el control del dolor y otros síntomas, requieren atención integral a los elementos físicos, psicológicos,

²⁷ Claran Clarke, Mary Cannon, Norbertas Skokauskas, Pauline Twomey, The debate about physician assisted suicide and euthanasia in Ireland – Implications for psychiatry, *International Journal of Law and Psychiatry*, Volume 79, 2021, 101747, ISSN 0160-2527, <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2021.101747>.

²⁸ International Association for Hospice & Palliative Care, What is palliative care?, 2018. Disponible en: <https://hospicecare.com/what-we-do/publications/writing-started-what-is-palliative-care>

emocionales, sociales y espirituales, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia.

2.3.2. Adecuación de los esfuerzos terapéuticos

La Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos AET es un proceso asistencial que requiere siempre de la comprensión de criterios y conceptos éticos fundamentales como la proporcionalidad, el concepto de daño, de dignidad humana y justicia sanitaria, en tanto demanda para su implementación (de forma permanente), que se transmitan a la persona y su entorno familiar, de forma clara y sin eufemismos, las distinciones conceptuales entre matar y permitir morir, y entre las consecuencias buscadas o meramente previstas, así como aquellas medidas consecuencias del doble efecto.

Es, primariamente, un ejercicio médico, en el cual se proponen y realizan cambios a los objetivos y planes de atención de una persona que se encuentra afrontando una enfermedad o condición sin posibilidades razonables de cura, donde la continuidad de las intervenciones o soportes podría generar daño y sufrimiento, y su activación incluye la suspensión, retiro de medidas de soporte vital, y el no inicio de medidas que puedan ser desproporcionadas entre los fines y medios terapéuticos. Si bien se espera que el inicio de la AET parta de un ejercicio de proporcionalidad adelantado por el médico o el equipo médico, la AET también tiene que ver con el proceso de toma de decisiones de la persona, o de su representante, quien activamente puede solicitar una modificación en la conducta de cuidado, que sea acorde a los conceptos de bienestar y calidad de vida de la persona y su marco de valores personales. Dicho ejercicio clínico corresponde a la ética médica y se encuentra contenido en la Ley 23 de 1981, la cual indica: “El médico no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamientos médicos o quirúrgicos que no se justifiquen”, de la misma manera que: “El médico usará los métodos y medicamentos a su disposición o alcance, mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad. Cuando exista diagnóstico de muerte cerebral, no es su obligación mantener el funcionamiento de otros órganos o aparatos por medios artificiales”.

La conducta clínica de “la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) puede definirse como el ajuste de los tratamientos a la situación clínica del paciente. La AET ha de considerarse en casos en los que hay una escasa posibilidad de respuesta a los tratamientos e implica la valoración de un cambio en la estrategia terapéutica que supone la retirada o no instauración de algún tratamiento”²⁹. Por su parte la Corte Constitucional

²⁹ F.M. Pérez Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. Vol. 42. Núm. 8.

se ha referido a este proceso asistencial en múltiples providencias y en la Sentencia T-721 de 2017, la incluyó como una dimensión del derecho a morir dignamente.

La AET, como proceso asistencial de indicación médica, se compone de manera primordial por dos momentos, que pueden darse o no de manera simultánea, i) el momento en que no se instauran medidas y se permite el curso natural de la enfermedad ii) el momento en que se retiran terapias o medidas y donde es posible diferenciar: medidas que al retirarlas no causan la muerte directamente, pero permiten el curso normal de la enfermedad y medidas que al ser retiradas necesariamente causarán la muerte. Para lograr que esto suceda de forma coherente y estructurada, sin abandonar al paciente y con respeto a la *lex artis* y la autonomía del paciente, se debe partir de manera ideal de un consenso entre los equipos médicos, y establecer un proceso comunicativo donde se planteen las diferentes opciones terapéuticas disponibles, señalando aquellas que son inapropiadas, las posibilidades de sobrevida y las implicaciones de los diferentes cursos de acción, teniendo en cuenta que pueden darse situaciones de incertidumbre en la evolución³⁰.

Este tema también se incorporó en la Resolución 229 de 2020 de la siguiente manera:

c. **Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos (AET):** ajuste de los tratamientos y objetivos de cuidado a la situación clínica de la persona, en los casos en que esta padece una enfermedad incurable avanzada, degenerativa o irreversible o enfermedad terminal, cuando estos no cumplen con los principios de proporcionalidad terapéutica o no sirven al mejor interés de la persona y no representan una vida digna para ésta.

La AET supone el retiro o no instauración de actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos, donde la continuidad de estos pudiera generar daño y sufrimiento, o resultar desproporcionadas entre los fines y medios terapéuticos.”

2.3.3. Suspensión voluntaria de líquidos y alimentos

La interrupción voluntaria de la comida y la bebida (IVCB o VSED³¹, por su sigla en inglés) es un intento deliberado y autoiniciado de acelerar la muerte en el contexto de un

páginas 565-574 (Noviembre - Diciembre 2016). Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-saemergen-40-articulo-adecuacion-del-esfuerzo-terapeutico-um-51138369315024177>

³⁰ C. Cossío-Urbe, S. Navarro. Adecuación del Esfuerzo Terapéutico. Situaciones al final de la vida. Capítulo 22. Ética Médica. CIB. 4ª Edición. 2020.

³¹ Voluntary stopping of eating and drinking. VSED.

sufrimiento refractario a las intervenciones paliativas óptimas o una muerte prolongada que una persona encuentra intolerable. Las personas que consideran la IVCB tienden a ser mayores, padecen una enfermedad grave pero no siempre terminal inminente y suelen tener en común que valoran mucho la independencia³². Difiere del suicidio asistido por un médico, a la adecuación de esfuerzos terapéuticos y a la eutanasia³³, ya que el IVCB se puede completar sin la participación o conocimiento del médico, lo cual le ha posicionado como un medio para las personas que rechazan todo tipo de asistencia médica. Sin embargo, se recomienda el acompañamiento y la orientación médica para que la decisión sea bien informada y se cuente con métodos que permitan controlar síntomas o sufrimiento secundario al proceso de deterioro esperado, como resultado de la modificación en el control de síntomas secundarios a la no recepción de medicamentos o del proceso mismo, así como el acompañamiento de la familia, carga de cuidado, relacionada con la decisión.

Sobre esta figura no se ha hecho mención en la jurisprudencia Colombiana, ni en la regulación.

2.3.4. Eutanasia

La eutanasia, como procedimiento médico, corresponde al protocolo de administración de medicamentos para inducir la muerte, después de un proceso juicioso de revisión de condiciones para acceder a esta opción de muerte médicamente asistida. En su carácter de acto médico, se ha descrito como parte de los posibles procesos del cuidado al final de la vida y en esta, el momento de muerte depende del accionar directo del médico, a través de la administración de medicamentos, en consecuencia a la petición expresa de la persona. Está mediada, por un lado, por la autonomía de la persona que la solicita, quien frente a lo que considera bueno para sí mismo en el proceso de muerte ha decidido adelantarlo, y por otra parte, por el accionar directo del médico para inducir la muerte, debido a que por sus características esta es siempre, voluntaria y directa.

Las legislaciones de los países incluyen variaciones sobre la condición de enfermedad y la proximidad a la muerte secundaria a diagnóstico; el sufrimiento y la capacidad mental son siempre requerimientos no modificables, como la condición de voluntariedad. La

³² Wax JW, An AW, Kosler N, Quill TE. Voluntary Stopping Eating and Drinking. *J Am Geriatr Soc.* 2018 Mar;66(3):441-445. doi: 10.1111/gps.15200. PMID: 29532465.
³³ Guenewald DA, Vandekieft G. Options of Last Resort: Palliative Sedation, Physician Aid in Dying, and Voluntary Cessation of Eating and Drinking. *Med Clin North Am.* 2020 May;104(3):539-550. doi: 10.1016/j.mcna.2020.01.002. Epub 2020 Feb 20. PMID: 32312414.

regulación del país hace referencia a esta de acuerdo con el desarrollo jurisprudencial previo a la Sentencia C-233 de 2021, en las Resoluciones 229 de 2020 y 971 de 2021, así:

Eutanasia. Procedimiento médico en el cual se induce activamente la muerte de forma anticipada a una persona con una enfermedad terminal que le genera sufrimiento, tras la solicitud voluntaria, informada e inequívoca de la persona. La manifestación de la voluntad puede estar expresada en un documento de voluntad anticipada de la misma.

2.3.5. Suicidio Medicamente Asistido - SMA

La literatura científica ha definido el SMA como, a petición expresa y reiterada de su paciente —capaz y con una enfermedad irreversible, no necesariamente terminal, que le produce un sufrimiento, categorizado como inaceptable que no se ha conseguido mitigar por otras vías—, los medios intelectuales o materiales son imprescindibles para que pueda terminar con su vida suicidándose de forma efectiva cuando lo desee³⁴. En este caso, el médico realiza una asistencia al proceso. A pesar de la definición anterior, al revisar las políticas para el acceso al mismo y los protocolos de administración y asistencia de diferentes países, se pueden encontrar diferencias en la denominación, de acuerdo a si existe o no legalización de eutanasia en el país. Si está permitida, se indica la presencia obligatoria del médico para acompañar la ingesta. La presencia del médico en las guías canadienses³⁵, se plantea en términos de garantía de que se efectúe el procedimiento, se vigile y acompañe a paciente y familia, y se pide que como mínimo estar acompañado por un par o por enfermería, puesto que se considera necesario, que, aunque se haya elegido un protocolo oral, de ingesta autónoma, debe contarse con un protocolo de respaldo endovenoso disponible para inducir la muerte en caso de que el paciente así lo requiera.

2.4. El panorama a nivel internacional

En el mundo la muerte medicamente asistida, por medio de la eutanasia y el suicidio asistido ha pasado del debate público a las leyes y reglamentaciones con claras instrucciones de implementación, que replican principios relacionados con la protección de la vida más allá del concepto biológico, la dignidad humana, la autodeterminación y la

³⁴ Snyder, Sulmasy L; PS, Mueller. Ethics and the Legalization of Physician-Assisted Suicide: An American College of Physicians Position Paper, *Annals Internal Medicine*, págs. 576-578, 2017
³⁵ Daws, T., and Reegler, J., *Medical Assistance in Dying (MAID) Version 9 – 2016/09/20. Protocols and Procedures Handbook* Comox Valley 2016.

compasión. Estas discusiones y debates, han evolucionado a partir de la interpretación de los principios enunciados, sobrepuestos en la línea de tiempo, siendo determinados por los desarrollos, sociales, éticos y médicos del contexto donde se aplican.

2.4.1. La eutanasia

Dos países europeos, Países Bajos y Bélgica³⁶, han desarrollado una normatividad que admite tanto la eutanasia como el suicidio asistido. A finales del año 2001, el Parlamento de los Países Bajos aprobó la Ley 26691 que permite la eutanasia y el suicidio con asistencia médica. Se trata de una norma organizada en 24 artículos y cinco capítulos y en los que se destaca lo siguiente³⁷:

- i. Las definiciones de auxilios al suicidio, médico, el asesor, los asistentes sociales, la Comisión y los inspectores regionales (art. 1°).
- ii. El señalamiento de los requisitos de cuidado por parte del médico (art. 2°), así:
 - La petición del paciente voluntaria y bien meditada.
 - El padecimiento es insoportable y sin esperanzas de mejora.
 - Ha informado al paciente de la situación en que se encuentra y su futuro.
 - Está convencido de que no existe una solución razonable.
 - Se ha consultado, al menos, a un médico independiente que, por escrito, ha "emitido su dictamen sobre el cumplimiento de los requisitos de cuidado".
- iii. El paciente debe tener al menos 16 años pero los padres deben participar en la decisión. En caso de los menores entre 12 y 16 años se podrá tramitar la solicitud siempre que los padres o quienes ejercen la tutela sobre el menor estén de acuerdo en ello (art. 2°).
- iv. En el capítulo tercero se crean las Comisiones Regionales de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio y se les atribuye funciones de verificación.
- v. En consecuencia de lo anterior, se modifican las normas pertinentes del Código Penal.

³⁶ Cf., http://www.eutanasia.wa/leutanasia_mundo.html.
³⁷ Cf. Armando S. Andruet, "Ley holandesa de terminación de la vida a petición propia". Nuestra consideración acerca de la eutanasia", *DS*, Vol. 9, Núm 2, julio-diciembre 2001.

En resumen, estos son sus principales lineamientos:

- El paciente debe solicitar la eutanasia de forma voluntaria
- El médico debe estar seguro de que el sufrimiento del enfermo es insoportable y que el paciente no tiene posibilidades de recuperación.
- El paciente y el médico deben contar con una segunda opinión médica que certifique que el doctor del paciente ha cumplido con los requisitos de la eutanasia.
- La terminación de la vida debe ser llevada a cabo en una forma médica apropiada³⁸.

En 2019 de acuerdo al reporte anual de casos los Comités regionales, se presentaron 6361 casos de eutanasia con un aumento frente a 2018 de 3,8%, los cuales corresponden al 4% de todas las muertes del país, de los cuales solo 15 casos eran menores de 30 años y la mayor parte se ubica entre los 60 y 90 años (79%)³⁹.

Por su parte, en 2002, el Reino de Bélgica despenalizó la eutanasia en una regulación más detallada que la prevista en Holanda. La misma se organiza en seis capítulos y 16 artículos y entró a regir tres meses después de su publicación (22 de septiembre de 2002). Dentro de los contenidos más relevantes, deben resaltarse los que a continuación se exponen⁴⁰:

- i. Dicha norma no regula el suicidio asistido como sí lo hace la ley holandesa. En el artículo 2° define la eutanasia como el acto practicado por un tercero que pone fin a la vida de una persona por su solicitud.
- ii. El médico que la práctica no comete infracción si se asegura de que (art. 3°):
 - El paciente es mayor de edad o menor emancipado.
 - La solicitud se presenta de forma voluntaria, reflexiva, repetida y que no resulta de una presión exterior.

³⁸ *Ibid.* Ahora, al menor 16 años se incorpora la posibilidad de considerar el caso de personas entre 12 a 16 años.
³⁹ Commissions regionales de controle de l'euthanasie, Rapport 2019, avril 2020, pág.14.
⁴⁰ Vid. <http://www.admd.be/legislation.html>

<p>- El paciente se encuentra en una situación médica sin salida y sufre física y síquicamente de manera insoportable que no puede ser aliviada y se produce por un accidente o patología grave e incurable.</p> <p>- Que se respeten las condiciones y procedimientos prescritos en esta ley.</p> <p>Lo propio acontece en el caso de la declaración anticipada (art. 4^o).</p> <p>Por tanto, el médico debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar al paciente de su estado de salud y su esperanza de vida y plantearle las posibilidades terapéuticas posibles así como las posibilidades de cuidado paliativo y sus consecuencias. Debe llegar a la conclusión con el paciente de que no hay otra solución razonable en su situación y que la solicitud del mismo es voluntaria. - Asegurarse que el sufrimiento persiste y de su voluntad reiterada. - Consultar a otro médico, independiente, en relación con el carácter grave e incurable de la afección quien debe redactar un reporte sobre el particular. - Consulta la solicitud con el equipo de cuidado, si existe. - Si el paciente lo solicita, hablar de su solicitud con los familiares que designe. - Asegurarse de que el paciente ha tenido la ocasión de hablar de su solicitud con las personas con las que quisiera comentarla. <p>Si el médico es de la opinión de que la muerte no ocurrirá pronto, deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultar un segundo médico independiente sobre la patología del paciente y sobre las características de esta. - Dejar que pase por lo menos un mes entre la solicitud escrita del paciente y la eutanasia. <p>iii. La demanda del paciente debe formularse por escrito, redactado y firmado por el mismo. En caso de que no pueda hacerlo, debe ser presentada por una persona mayor, a su escogencia, que no tenga interés material alguno en la muerte del</p>	<p>paciente. Debe señalarse que el paciente puede, en cualquier momento, desistir de dicha práctica.</p> <p>iv. Toda la información debe reposar en la historia clínica del paciente.</p> <p>v. Así mismo, el artículo 3^o, modificado por la Ley de noviembre de 2005, dispone que el farmacéuta que despacha una sustancia para la eutanasia sobre una prescripción médica actúa conforme a la ley.</p> <p>vi. En el capítulo III se detiene en la <i>declaración anticipada</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toda persona mayor o menor emancipado puede manifestar su voluntad, por escrito, en una declaración en donde señale su voluntad de que un médico le practique la eutanasia si el médico constata que padece una afección accidental o patológica, grave e incurable. En dicha declaración puede designarse personas de confianza que pongan al médico tratante al corrientes de la situación sin que tales personas pueda ser el médico mismo. - Esta declaración puede hacerse por parte de otra persona cuando el paciente no puede hacerlo y esté debidamente certificado. Tal declaración no será tomada en cuenta si no ha sido confirmada al menos cinco años antes de la imposibilidad de manifestar la voluntad. - La declaración puede ser retirada o modificada en todo momento. <p>Ahora bien, en el caso de la declaración anticipada, el médico debe tener en cuenta los elementos propios del artículo 3^o acorde con las circunstancias.</p> <p>vii. El médico que realice la práctica de una eutanasia deberá remitir, dentro de los 4 días, la documentación de registro, completa, a la Comisión Federal de Control y evaluación (art. 5^o), en la documentación que esta establezca.</p> <p>viii. En el capítulo V se crea la mencionada Comisión, compuesta por 16 miembros designados por sus conocimientos y experiencia (art. 6^o). Es tarea de la Comisión establecer el documento de registro, el cual debe incorporar una información mínima (art. 7^o) así como la de examinar el documento de registro que remita al médico y verifica si "la eutanasia ha sido efectuada según las condiciones y el procedimiento previstos en la presente ley" (art. 8^o). En caso de que determine, dentro de los dos</p>
<p>meses siguientes, que las condiciones previstas no se respetaron, enviara el caso al procurador Real para lo de su competencia. También le corresponde a la misma enviar al Congreso, cada dos años, informes estadísticos, la evaluación de la aplicación de la ley y los cambios normativos que sean del caso, todo ello garantizando la privacidad (art. 9^o).</p> <p>ix. Se aclara en las disposiciones finales que ni la solicitud ni la declaración anticipada de la voluntad tienen el carácter vinculante (art. 14). Por lo tanto, ningún médico está obligado a su práctica como tampoco lo están las personas que participan en la misma. En caso de que el médico se rehúse a su práctica, debe informarlo al paciente o, eventualmente, a la persona de confianza precisando sus razones. En todo caso, el médico, en tales circunstancias, deberá remitir el expediente del paciente al médico designado por este o por la persona de su confianza.</p> <p>x. Finalmente, en el artículo 15 se aclara que la defunción de la persona, por aplicación de la eutanasia con base en las condiciones de la ley es considerada como muerte natural para todo lo relativo a contratos y seguros, entre otros.</p> <p>Entre los aspectos que se deben destacar es que la ley no contiene restricciones a las personas que no son residentes pero sí exige una relación estrecha entre el paciente y el médico.</p> <p>A esta norma le sucedió la ley de 22 de agosto de 2002 sobre derechos de los pacientes. En resumen, la decisión normativa precisó lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente debe ser mayor de 18 años o menor emancipado y estar mentalmente saludable. • El paciente debe solicitar la eutanasia de forma voluntaria, bien considerada y repetidamente. • El sufrimiento debe ser insoportable. • El paciente debe estar bien informado de su situación y de otras alternativas. • Un segundo médico debe confirmar que la enfermedad sea incurable y que el sufrimiento sea insoportable. 	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente siempre debe hacer su petición de eutanasia por escrito. • La eutanasia debe ser asistida por un médico⁴¹. <p>Ahora bien, la reforma de esa ley, de 28 de febrero de 2014, permite la eutanasia para menores "dotados de la capacidad de discernimiento y consciencia al momento de la solicitud".</p> <p>Desde la aparición de la legislación se ha dado un aumento progresivo de los casos con el paso de los años, con un último reporte bianual, donde se reporta para el 2016, un total de 2028 casos, y para el 2017 un total 2039, de los cuales 3 casos eran de menores de 18 años. En este reporte, sin diferir con los anteriores, el tipo de condición que motiva con más frecuencia las solicitudes es de origen oncológico, y por fuera de la terminalidad solo son reportados el 14,3% del total de los casos por año, dentro de los cuales se ha visto la aparición creciente del concepto polipatología. En reporte de 2022 pone de presente un incremento a 2699 eutanasias para 2021, a las que se suma un 25% de eutanasias ilegales⁴².</p> <p>Adicionalmente, en 2009, el Reino de Luxemburgo aprobó la ley respectiva, inspirada en la norma adoptada en Bélgica. Con relación a la condición de salud del paciente y la expectativa de vida, no hay un límite establecido frente al diagnóstico de terminalidad, pero sí debe establecerse la presencia de una condición incurable que genere sufrimiento físico o mental insoportable y constante, ante el cual se hayan agotado de acuerdo al paciente las posibilidades terapéuticas razonables, la evaluación es permanente y debe evidenciar también la presencia de sufrimiento, la incurabilidad y que la solicitud haya sido repetida de adelantar la muerte. Desde la legalización hasta el reporte de la comisión nacional del país en 2016, han sido reportado un total de 57 casos.</p> <p>Debe decirse que en los dos países pioneros mencionados, la evolución de la materia hasta llegar a la aprobación de la ley fue larga. Así, en el caso holandés, la jurisprudencia en 1973 absolvió de responsabilidad a la Dra. Postma por la práctica de una eutanasia⁴³. En el caso de Bélgica, se instituyó una Comisión de Bioética que emite su recomendación</p> <p>⁴¹ Ibid.</p> <p>⁴² Comisión Fédérale de Contrôle de l'Évaluation de l'Euthanasie, CFCEE, comunicado de 31 de marzo de 2021, en https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/cfcaa_chiffres-2021_communiquepresse-1c1al.pdf</p> <p>⁴³ Cf., Pablo Simón Lorda e Inés M. Barrio Cantalejo, "la eutanasia en Bélgica" en Revista Esp. Salud Pública, 86:5-19, 2012, pág. 6.</p>

sobre la materia⁴⁴.

A su turno, la legislación canadiense, fue aprobada en 2015 y entró en vigencia en 2016, tras un periodo de aprobación parcial en la provincia de Quebec, parte de la creación de exenciones al delito de homicidio cuando se da por la asistencia médica o de enfermería profesional, en provincias donde este permitido, especifica los criterios de elegibilidad y seguros que deben ser respetados antes de la actuación para la asistencia a la muerte. Es la primera legislación en crear nuevos delitos relacionados con el incumplimiento de los seguros establecidos por esta, como los delitos a causa de modificar o destruir documentos relacionados con los procesos de muerte asistida, así como por fallar en entregar información requerida o actuar en contra de lo previsto por la legislación.

Aunque la legislación contempla las condiciones de mayoría edad para presentar la solicitud, poder expresarla de forma directa y no incluye la posibilidad de presentar una solicitud de muerte asistida cuando solo se cuente con un diagnóstico de enfermedad mental, indica que los Ministerios de Salud y Justicia, deberán avanzar en revisiones e investigaciones independientes sobre la posibilidad de que en el marco de las condiciones reglamentadas, se puedan procesar solicitudes expresadas por menores maduros, o aquellas hechas por medio de un documento de voluntad anticipada; de la misma manera que solicita a estos Ministerios que realicen revisiones técnicas con el fin de que se puedan procesar solicitudes de anticipación de la muerte cuando la condición de enfermedad es únicamente una enfermedad mental.

Reconoce enfáticamente la necesidad de seguros robustos para prevenir abusos y errores, en especial enfatiza en la necesidad de proteger a las personas vulnerables de ser inducidas en momentos de debilidad a terminar con su vida. Las opciones de elegibilidad, parten de la mayoría de edad y de contar con capacidad para la toma de decisiones con respecto a su propia salud, tener una condición médica irremediable y amenazante para la vida, sobre la solicitud indica la voluntariedad directa no resultado de presiones externas y resultado de un proceso de información para configurar el consentimiento, información que debe incluir todos los medios disponibles para aliviar el sufrimiento incluyendo el cuidado paliativo. También, para ser elegible se debe poder dar consentimiento directo inmediatamente antes de la inducción a la muerte. Con relación a la situación médica irremediable y amenazante para la vida, esta debe ser seria e incurable, enfermedad o discapacidad en un estado avanzado de declinación irreversible de la funcionalidad, en la cual la muerte natural se considera razonablemente cercana teniendo en cuenta todas las circunstancias médicas, sin embargo, no es necesario

⁴⁴ *Ibid.*, pág. 9.

encontrarse en una condición terminal o agónica para ser elegible.

En términos estadísticos, la asistencia médica para morir en Canadá entre 2016 y 2020 ha pasado de 1018 en el primer año a 7595 en el último, para un total de 21.589 personas a quienes se les prestó esta asistencia durante esos cinco años, en donde la afeción de cáncer es preponderante (69,1%) y las edades se concentran entre los mayores de 54 años (94%)⁴⁵.

En 2021, a través de la Ley Orgánica 3 de 24 de marzo⁴⁶, España ingresó a los países en donde se admite la ayuda necesaria para morir (art. 1°). Esta norma establece el derecho de las personas a solicitar la ayuda a morir, como una decisión autónoma e informada (art. 4°). Se determinan como exigencias (art. 5°):

- Tener residencia española o ser ciudadano español, mayor de edad, consciente.
- Disponer de la información sobre su estado de salud.
- Realizar dos solicitudes escritas, o por otros medios, en el que conste su voluntad, con intervalo de quince días o menos si el médico tratante así lo considera (art. 6°).
- Sufrir una enfermedad incurable, un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos establecidos en esta Ley, certificada por el médico responsable.
- Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente.

Se establece un procedimiento para la realización de la prestación de la ayuda a morir ante el médico tratante, evaluando las exigencias, con insistencia acerca de la voluntad de la persona, luego de lo cual el caso pasará a consideración de la Comisión de Garantía y Evaluación (art. 10°) la cual designará a un médico y a un abogado para el estudio y decisión del caso, la cual será susceptible de recurso si es desfavorable y se prevé la posibilidad, cuando la persona no es consciente, de un documento anterior con la expresión de la voluntad, caso en el cual no se exigirá la disposición de la información ni la expresión del consentimiento.

En el caso neozelandés, la legislación⁴⁷ hace referencia a la muerte médicamente asistida por eutanasia y suicidio médicamente asistido, permite la administración o prescripción por médicos y enfermeros profesionales. Es la tercera en hacer referencia

⁴⁵ Ministerio de Salud de Canadá, *Second Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada 2020*, junio 2021.

⁴⁶ Boletín Oficial del Estado, BOE, núm. 72, de 25 de marzo de 2021 Referencia: BOE-A-2021-4623.

⁴⁷ End of Life Choice Bill, Member's Bill. <https://www.legislation.govt.nz/bill/member/2017/0266/tables/1/MS183715.html>

específica a la objeción de conciencia y la primera⁴⁸ en hacer referencia a la evaluación de la capacidad mental por psiquiatría en caso de duda por parte de los profesionales sanitarios sobre la competencia mental para realizar la solicitud y dar consentimiento. En cuanto a las condiciones de la persona que solicita la muerte médicamente asistida, por SMA o por eutanasia, debe ser mayor de 18 años, y contar con residencia permanente o nacionalidad, con respecto a la condición de enfermedad esta debe ser una enfermedad terminal que probablemente termine con la vida de la persona en los próximos 6 meses y que esté en un estado avanzado de declinación física, experimentando sufrimiento insostenible que no puede ser aliviado en una manera que la persona considere tolerable, de la misma manera que debe ser competente para tomar la decisión al respecto de la asistencia a la muerte. Presenta de manera directa exclusiones, como edad avanzada, sufrimiento por un desorden o enfermedad mentales o discapacidad de cualquier tipo como condiciones únicas y de base para solicitar la asistencia.

La solicitud debe ser escrita, y revisada por dos profesionales sanitarios, quienes deben realizar valoraciones completas, y pueden requerirse terceras opiniones o valoraciones por psiquiatría.

Por su parte, en la legislación australiana⁴⁹, ha sido denominada muerte asistida voluntaria, incluye el SMA y la Eutanasia, y cuenta con leyes en cinco de los seis estados de Australia, de la cuales se encuentran operando las de Victoria y Australia Occidental, y entrarán en vigor, en el siguiente orden; Tasmania el 23 de octubre de 2022, Australia del Sur a principios de 2023 y Queensland el 1 de enero de 2023.

Las legislaciones estatales, hacen referencia a la asistencia brindada a una persona por un médico para terminar con su vida, describiéndola como opciones, de "autoadministración", donde la persona toma la medicación por sí misma (esto a veces se denomina suicidio asistido) y "administración de un médico", en la que un médico (o en algunos estados australianos, una enfermera especializada o una enfermera titulada) le administra el medicamento a la persona (esto a veces se denomina eutanasia).

Para que sea atendida la solicitud, se requiere que sea una elección voluntaria de la persona, quien sea competente para decidir acceder a la asistencia brindada a una persona por un médico para terminar con su vida. Ser mayor de 18 años, siendo ciudadano o residente por más de 12 meses en los Estados, con competencia mental,

⁴⁸ Diferente a Colombia, en cuyo caso es obligatoria para todos los pacientes que presentan la solicitud, con la opción de ser valorado por psicología.
⁴⁹ Legal Overview. Voluntary Assisted Dying Disponible en: <https://end-of-life.qut.edu.au/legal-overview>

curando con una condición o enfermedad de características incurables, avanzadas, progresiva que va a causar la muerte, muerte que se espera sea en los próximos seis meses, o en el caso de enfermedades neurodegenerativas dentro de los próximos doce meses. Se hace énfasis en que la discapacidad o la enfermedad mental no son viables como únicas causales de la solicitud.

El reporte más reciente disponible, del estado de Victoria del periodo de enero a junio de 2020, informa que, de las 154 prescripciones dispensadas, se han reportado 104 muertes por SMA y 20 por Eutanasia⁵⁰.

El panorama de estas legislaciones, incluyendo los avances en Colombia, puede resumirse en la siguiente tabla:

Condición	Colombia (1997/2019/2022)	Países Bajos (2002)	Bélgica (2002)	Luxemburgo (2009)	Canadá (2015)	España (2021)	Nueva Zelanda (2019, Consejo 2020)	Australia (2021)
Expresión	Voluntaria, libre, inequívoca, persistente y retirada. No sustituible	Voluntaria/ bien considerada a y repetido no sustituible	Voluntaria/ considerada a y repetido no sustituible	Voluntaria reflexiva y repetida no sustituible	Voluntaria/ proceso de resultado de información no sustituible	Voluntariedad	Voluntariedad No sustituible	Voluntaria no sustituible
Límite de edad	12 años/ excepción entre 8 a 12	12 años	Contrado en habilidades y competencias	Mayor de edad	Mayor de edad	Mayor de edad	Mayor de edad	Mayor de edad
Competencia mental	Obligatoria	No evaluación especializada	No evaluación especializada	En caso de considerarlo o el médico	En caso de considerarlo o el médico	En caso de considerarlo el médico	Competencia mental no evaluación especializada	Competencia mental sin evaluación especializada
Condición de enfermedad	Enfermedad incurable	No expectativa a de vida limitada o corta	Condición fatal con sufrimiento físico o mental insostenible	Enfermedad severa, incurable y terminal	Condición médica incurable e inmejorable y amenazante para la vida	Enfermedad incurable, un padecimiento grave, crónico e imposibilitante	Terminalidad 6 meses y un estado irreversible de declinación funcional	Terminalidad

⁵⁰ Voluntary Assisted Dying report of operations (January to June 2020). Disponible en <https://www.bettersafecare.vic.gov.au/publications/VADRB-january-to-june-2020>

⁵¹ Elaboración: Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social/Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, producto de revisión de la literatura.

	Por enfermedad incurable y sufrimiento	Subjetivo	Subjetivo	Por enfermedad	Por enfermedad y pronóstico	Por enfermedad	Sufrimiento insostenible que no puede ser aliviado una forma que la persona considera tolerable	Sufrimiento por terminalidad
DVA	Permitido	Permitido	Permitido	Permitido	No permitido	Permitido	Permitido - condicionado	Permitido
Verificación	Previa/Posterior	Posterior	Posterior	Posterior	Posterior	Previa/posterior	Posterior	Posterior

Como se observa, si bien no son muchos los países que han regulado la materia y han dado ese salto paradigmático, Colombia, a partir de 1997, ha desarrollado un camino a partir de la Constitución de 1991 que resulta pionero, en procura de hacer prevalecer la vida en condiciones dignas y el libre desarrollo de la personalidad que seguramente influenciará a otros países.

2.4.2. Suicidio asistido

El primer país del mundo en despenalizar el suicidio asistido fue Suiza en 1937⁵². Su legislación no regula con claridad y especificidad las condiciones o el proceso a llevar a cabo, y la despenalización solo aplica cuando es por razones altruistas. Es además el único país en el mundo que permite el suicidio asistido para residentes y extranjeros por igual. Dentro de las características que le diferencian del resto de países en términos de prestación, es importante tener en cuenta que los procesos están reducidos a un grupo de instituciones, 5 a 6 instituciones específicas de servicios particulares, donde se realiza la prescripción y acompañamiento para la administración de los medicamentos y en las cuales se tienen diferentes criterios de selección para los candidatos.

Todas las legislaciones mencionadas previamente en el apartado sobre eutanasia, con excepción de Bélgica, incluyen el suicidio médicamente asistido dentro de la ley, conservando las mismas condiciones para la solicitud y salvaguardas relacionadas con la capacidad para expresar la petición. Llevando el listado de países donde se puede solicitar la muerte médicamente asistida por medio del suicidio a cinco a través de una legislación específica en Suiza, Holanda, Luxemburgo, Canadá y ciertos estados de los Estados Unidos, y por medio de pronunciamiento o interpretación de la legislación, en

⁵² <https://www.admin.ch/bpoc/lfr/classified-compilation/1937/0083/index.html>

Finlandia y Bélgica específicamente.

En los Estados Unidos, el suicidio médicamente asistido cuenta con actos regulatorios en nueve estados, siendo Oregón referente de normas en espejo para los Estados que le han seguido, donde se percibe reglamentación desde 1997. El acto de muerte con dignidad de Oregón, establece las condiciones para la obtención del medicamento, que deberá ser ingerido por la persona que solicita la muerte asistida, y se establece el proceso de expresión de la solicitud y sus tiempos de espera, así como la notificación de la realización del procedimiento. El más reciente reporte, del año 2018, da cuenta de 249 prescripciones recibidas de las cuales se reportaron 168 muertes como resultado de la ingestión de estas, incluyendo 11 personas que habían recibido el medicamento en años previos.

Los actos o reglamentaciones estatales en Estados Unidos, tienen como norma general que la posibilidad de solicitar el suicidio asistido se limite a la mayoría de edad y que la persona sea capaz de expresar esta solicitud, sobre el médico prevé que conozca el caso, quien tiene la función de establecer las condiciones médicas de la persona y las características de la decisión informada, lo que implica definir que está presente una enfermedad terminal y que hay sufrimiento relacionado con esta, si hay evidencia de capacidad para expresar la solicitud de forma voluntaria, y además que esta decisión se toma en conocimiento de las alternativas posibles de cuidado de confort, cuidado del dolor y cuidado paliativo.

El consentimiento directo es siempre por escrito, aunque se reciban en algunos estados solicitudes verbales, y siempre se realiza la revisión de la historia clínica de la persona que lo pide por un segundo médico para confirmar el diagnóstico realizado por el médico que acepto la solicitud inicial, y para revisar si el caso cumple con: la revisión de la presencia de sufrimiento por la enfermedad terminal, la capacidad para estar expresando la decisión, la voluntariedad de la misma y para confrontar que en efecto se esté haciendo una solicitud informada.

Más de 30 estados se fueron sumando a la iniciativa en el transcurso de dos décadas, sin embargo, solo 8 estados más cuentan con reglamentaciones vigentes:

- Whashington (Death With Dignity Act, 2008) cuyo último reporte anual, 2017, informa un total de 212 solicitudes en las cuales se dispuso el medicamento y de las cuales se conoce que 196 personas fallecieron, de estos 19 fallecieron sin haber ingerido la medicación, resultando en un total de casos de 164 personas fallecidas

por ingestión de medicamentos prescritos para el suicidio asistido para el año en mención.

- Vermont (Patient Choice and Control at the End of Life Act, 2013), cuyo último reporte, 2018, informa un total de 52 solicitudes en el intervalo de 2013 a 2017, solicitudes en las cuales se dispuso el medicamento y de las cuales se conoce 48 personas fallecieron, de estas se reporta que solo 29 personas fallecieron a causa del uso de la prescripción solicitada para adelantar el momento de muerte.
- California (End of Life Option Act; approved in 2015, in effect from 2016), en 2018, informa la prescripción de 452 solicitudes, de las cuales se reportó el fallecimiento por ingestión de 337 personas, el reporte resalta que 23 de los registros de fallecimiento corresponden a prescripciones del 2017.
- Colorado (End of Life Options Act, 2016), en 2018, indica la prescripción de 125 solicitudes sobre las cuales se reportó el fallecimiento de 104 personas.
- District of Columbia (D.C. Death with Dignity Act, 2016/2017), en 2018, informa la prescripción de cuatro solicitudes de las cuales se conocen 2 fallecimientos secundarios al uso de la medicación.
- Hawaii (Our Care, Our Choice Act, 2018/2019), entró en vigencia en enero de 2019 y en julio del mismo año se presentó el informe de los primeros cinco meses de implementación, que arrojó la prescripción de 8 personas de las cuales se han notificado 2 defunciones relacionadas con el uso de esta modalidad.
- New Jersey (Aid in Dying for the Terminally Ill Act, 2019), entró en vigor a partir del 1 de agosto de 2019.
- Maine (Death with Dignity Act, 2019) entró en vigencia en junio de 2019.

Por último, cabe señalar que el Estado de Montana, si bien no cuenta con un acto o regulación específica, dispone con un pronunciamiento de la Corte Suprema del Estado del año 2009, donde tras la revisión de un caso, se indica que, nada en la ley estatal prohíbe a un médico de honrar la solicitud de un paciente capaz y terminalmente enfermo de prescribir medicación para acelerar la muerte.

Las reglamentaciones referenciadas, sobre el proceso asistencial derivado de la solicitud

para adelantar el momento de muerte por medio suicidio médicamente asistido, presentan múltiples características que pudieran desencadenar barreras y riesgos para su correcta y segura aplicación, en tanto, la fijación de condiciones y paradas de seguridad por medio de derechos legales regulados no representa garantía para el acceso a la prescripción o la ingestión de esta.

El correcto ejercicio del derecho al suicidio médicamente asistido en personas con enfermedades terminales o condiciones avanzadas irreversibles con proximidad a la muerte, está determinado por el balance de la responsabilidad del paciente y la familia para la guarda y toma de los medicamentos, tras una prescripción y dispensación que necesariamente requiere de un proceso de monitorización parte de un sistema de salud con la suficiente madurez para vigilar medidas de seguridad, uso y retorno del medicamento en caso de que este, en caso de que no se lleve a cabo la ingesta. Lo anterior implica un profundo compromiso no solo de los profesionales que realizan el proceso de información tras la solicitud y dan continuidad a la verificación de las condiciones de sufrimiento por enfermedad terminal, capacidad y voluntariedad, sino de una visión y perspectiva de honrar la voluntad del paciente en el contexto de un cuidado integral, lo que incluye la disponibilidad de entrega del medicamento y el apropiado acompañamiento en el proceso de ingestión sin que esto suponga una incitación o coerción para su uso.

2.5. Condiciones para el acceso a la eutanasia

Teniendo en cuenta la conceptualización teórica realizada, el desarrollo jurisprudencial y el escenario comparativo, a continuación se describen de manera general las condiciones de exigibilidad dentro de las cuales se garantiza el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia en Colombia.

2.5.1. Sobre la condición de salud de una enfermedad grave e incurable

Como se indicó: "La condición de enfermedad terminal constituye una barrera al ejercicio fundamental del derecho a la muerte digna, una restricción desproporcionada a la dignidad humana, en sus dimensiones de autonomía e integridad física y moral"⁵³. Así mismo, se dimensionó la observación de que la persona pueda conservar capacidades para la toma de decisiones y puede planificar y proyectar su cuidado, aun en condiciones de vulnerabilidad.

⁵³ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-233 de 2021, citada.

Aun así, se considera como condición primaria de elegibilidad, para expresar una solicitud de eutanasia, la presencia de una condición de salud, entendiendo esta como aquella secundaria a un diagnóstico médicamente comprobado que se pueda caracterizar como una condición límite que amenaza la vida, como consecuencia de una alteración fisiológica del organismo, de la cual derivan (i) alteraciones de la funcionalidad, (ii) la necesidad de intervenciones médicas y (iii) la cual provoca además una situación de necesidades de atenciones en salud. La condición de salud pudiera ser o no calificada por la persona como dolorosa, inhumana, degradante, abrumadora e incompatible con su concepto de vida digna, sin perspectivas de alivio o curación.

Ahora, bien, la condición de salud que motiva el sufrimiento para la solicitud de eutanasia, puede estar derivada de:

- a. Condiciones clínicas de fin de vida: estadios clínicos del proceso de muerte, que se diferencian entre sí, por la capacidad de respuesta a los tratamientos y la proximidad al momento de muerte.
 - i. Enfermedad o condición incurable avanzada
 - ii. Enfermedad o condición terminal
 - iii. Agonía
- b. Enfermedad grave e incurable: diagnóstico objetivo, clínicamente validado en el cual se presentan condiciones de agotamiento de alternativas de curación, paliación y alivio sintomático. Caracterizado por la irrecuperabilidad e intratabilidad.
- c. Lesión Corporal: alteración y pérdida irrecuperable de la integridad física y multisistémica a razón de una causa externa sin perspectivas de alivio o curación.

Lo previamente expuesto, es particularmente importante en relación con la regla dispuesta por la Sentencia C-233, donde al hacer referencia a la prevalencia de la dimensión subjetiva de sufrimiento, en caso de diferencias entre el paciente y el médico, se hace referencia a que es necesario y "[...] oportuno precisar que (iii) [...] las personas que podrían acceder a una prestación para la muerte digna ya padecen, o han sido médicamente diagnosticadas, con una enfermedad grave e incurable. Ello permite descartar la posibilidad de que una persona simplemente argumente sentir dolor sin ningún soporte razonable derivado de la opinión de los profesionales de la salud". [Énfasis fuera del texto]

En consecuencia, el manejo de una solicitud de eutanasia, siempre debe procurar identificar que no sea la condición de dependencia funcional, o discapacidad la que

motiva la solicitud, y en cuyo caso así fuera, que esta solicitud se dé en condiciones de prevalencia de la autonomía de la persona frente a su determinación de bienestar clínico en una condición de salud extrema; se recuerda que, las diferencias entre la eutanasia, como medio de ejercer el derecho fundamental a morir con dignidad y la ocurrencia de un homicidio por piedad sucede, entre otras, mediada por el consentimiento directo de la persona que en ponderación de lo que considera dignidad decide solicitar ayuda para morir.

2.5.2. Expresión voluntaria de la solicitud y del consentimiento

Se considera imperativo que al analizar la construcción de una legislación que busque garantizar mínimos de seguridad y respeto por las personas y sus decisiones no debe reconocer como una opción válida el consentimiento sustituto y su no procedencia ante la eutanasia como acto médico puesto que la interpretación particular de la dignidad frente a la muerte proviene de la persona como una expresión voluntaria y libre, en tanto autonomía y libertad son condiciones primordiales e ineludibles cuando se trata de decidir sobre la anticipación del momento de muerte y del final de la vida en general, se considera este el resultado de una reflexión a conciencia, consecuencia del libre desarrollo de la personalidad ya sea a través de un documento de voluntad anticipada o propiamente por expresión autónoma. En conclusión, una expresión voluntaria frente a lo que se considera morir dignamente, sea cual sea la opción válida para el individuo, es el resultado de un ejercicio de autonomía, en ponderación con lo que valora digno o no para sí mismo, redundando en una decisión de elaboración íntima y estrictamente personal.

Permitir la sustitución en el consentimiento va en contra de la definición de decisión autónoma. Por el contrario, elaborar un concepto frente a la anticipación de la muerte, es un juicio ponderado y coherente con los valores personales desde lo que se reconoce como dignidad, frente a su propio sufrimiento, cualquier otro ejercicio no sería más que la relativización del sufrimiento por un tercero. Un tercero no puede juzgar que la muerte sea lo bueno para la persona (el sujeto pasivo), ni decidir por esta, cuando los valores intrínsecos de la eutanasia como forma de muerte con dignidad, son la autonomía y el juicio personal sobre el sufrimiento de la condición de salud extrema; al no consolidarse la decisión desde esos valores no se responde a las necesidades particulares de la persona, sino a los intereses de terceros, quienes no pueden emular su participación activa en el proceso biológico de morir.

Por lo tanto, debe ratificarse, que los principios de los desarrollos jurisprudenciales sobre el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia en Colombia, y en el mundo, son

el carácter voluntario de una manifestación de un sujeto pasivo —quien comprende su situación frente a una información específica que responde a su realidad y contexto—, la cual se apoya en la libertad sobre la que se cimienta el ejercicio del derecho, con el objetivo único de adelantar el momento de la muerte para evitar un proceso de sufrimiento, el cual ya ha sido ponderado como innecesario puesto que la muerte es irremediable al encontrarse en una fase terminal de la enfermedad. Es de anotar que, con variaciones menores sobre el concepto de proximidad a la muerte en algunos países, el reconocimiento a la necesidad de un consentimiento directo, basado en la cualificación de este y dada por la capacidad mental en expresión de la autonomía de la persona es irreducible y no negociable. En ningún lugar del mundo se permite la sustitución del consentimiento. Lo anterior en coherencia con los valores y principios de la bioética al final de la vida; en la voluntariedad y la libertad, la autonomía de la persona, y en el sufrimiento y la condición terminal la beneficencia del acto médico.

Por el contrario, otras legislaciones de manera enfática registran que la solicitud no puede ser sustituida, pues no solo se estarían promoviendo graves conflictos de interés y situaciones contrarias a toda la ética médica, sino que se profundizaría la desconfianza sobre los entornos de cuidados de final de la vida y sobre la confianza misma en la medicina y la intención de cuidado proporcional y justicia sanitaria. Cabe anotar que respecto al uso del Documento de Voluntad Anticipada - DVA⁵⁴, como medio para expresar una solicitud y dar consentimiento directo para la anticipación de la muerte por medio de la eutanasia, que este se considera una alternativa de expresión autónoma y voluntaria, al ser un documento en el que se protege el derecho a autogobierno de la persona y no la sustitución por un tercero.

Al erigir la autonomía como principio cardinal, la jurisprudencia solicita además que las regulaciones legales sean muy estrictas para evitar que en nombre del homicidio pieltístico consentido realizado por un médico o eutanasia, se elimine a personas que quieren seguir viviendo o que no sufren producto de una enfermedad terminal. La Corte misma reconoció, dentro de la Sentencia C-239, que el riesgo de la no presencia del consentimiento voluntario y libre del sujeto pasivo puede llevar a que se deseché la vida de aquellos que no comprenden su situación frente a la muerte o a la vida en sufrimiento, resultado de que no pueden recibir la información específica que les permita elaborar su propio concepto y tomar una decisión o porque esta no corresponde a una realidad; nuevamente sobre el asunto del consentimiento sustituto hace referencia a que:

⁵⁴ Los Documentos de Voluntad Anticipada se consideran una vía de representación válida para la expresión de una solicitud y consentimiento en el ejercicio del derecho fundamental a morir con dignidad; tal y como se ha dispuesto en la Resolución 971 de 2021; para señalarlos como el medio válido jurídicamente de sustitución de la expresión de voluntad a través de un tercero.

318. El consentimiento sustituto no se produce en un escenario ideal, sino en situaciones en las que el paciente se encuentra en estado de inconciencia⁵⁵. La Corte Constitucional ha considerado que este resulta válido, de forma excepcional, y a partir de una verificación especialmente rigurosa de los demás requisitos para el acceso al servicio de tránsito a la muerte digna⁵⁶.

En este sentido, el consentimiento sustituto no es procedente en un procedimiento de eutanasia tal y como este ha sido definido y delimitado. La no presencia del consentimiento voluntario y libre del sujeto pasivo puede llevar a que se deseché la vida de aquellos que no comprenden su situación frente a la muerte o a la vida en sufrimiento, resultado de que no pueden recibir la información específica que les permita elaborar su propio concepto y tomar una decisión o porque esta no corresponde a una realidad y contexto de condición de salud extrema.

Sobre el consentimiento, la Sentencia C-233 refiere que: "De igual manera, la Corte Constitucional ha discutido al menos en cuatro oportunidades (casos de *Julia*, *LMMF*, *María Liria* y *Francisco*) la posibilidad y las condiciones de admisión del consentimiento sustituto para acceder a un servicio específico que conduzca a la muerte digna. La Corte considera válida esta posibilidad, siempre que (i) existan condiciones para determinar cuál sería la posición de la persona en torno a la muerte digna; o (ii) si se presentan contratos o manifestaciones de voluntad anticipada". [Énfasis fuera del texto]. Esta afirmación está amparada en lo que compete al:

[...] paradigma, concebido como el enfoque social de la discapacidad enseña que es la sociedad la que debe adaptarse para incluir a todas las personas, garantizando su participación en las decisiones que las afectan, de acuerdo con el lema "nada de nosotros sin nosotros", y adoptando los ajustes razonables en función de la diversidad funcional de cada persona.

317. De manera análoga, en el ámbito de la medicina algunos autores constatan una transformación en la relación entre el médico y el paciente, marcada precisamente por el respeto hacia la autonomía del segundo. Esta relación entonces dista de la tutoría o de la definición del mejor interés del paciente por parte del profesional de la medicina, y se ubica en la pretensión de hallarlo en el diálogo entre ambos.

⁵⁵ El cual es típicamente diferente y divergente a la imposibilidad física de expresar cualquier preferencia sin ser representado; en cuyo caso se estaría atendiendo la preferencia de terceros actuando en contra de la definición del principio de autonomía y de la dignidad humana.

⁵⁶ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-233 de 2021, citada.

318. El consentimiento sustituto no se produce en un escenario ideal, sino en situaciones en las que el paciente se encuentra en estado de inconciencia. La Corte Constitucional ha considerado que este resulta válido, de forma excepcional, y a partir de una verificación especialmente rigurosa de los demás requisitos para el acceso al servicio de tránsito a la muerte digna.

Lo anterior, es crítico, en el posicionamiento del consentimiento en el caso de niños, niñas y adolescentes, en quienes se reconoce la autonomía progresiva y contextual, y en consecuencia, ha de reconocerse al respecto del consentimiento informado en menores de edad, que la Corte Constitucional en sentencia C- 900 de 2011, ha precisado.

2.5.3. Sobre el concepto de sufrimiento y la eutanasia

El concepto de sufrimiento, en medicina y cuidado de la salud incluye aspectos como dolores físicos y psicológicos, la inhabilidad de llevar a cabo las actividades diarias y la imposibilidad de sentirse realizado y satisfecho frente a los valores individuales y las metas de la propia vida. Es por ello que el sufrimiento supone experiencias dolorosas en diferentes niveles que se conectan a través del estado de sufrimiento, sin embargo, estas pudieran ser distinguibles y unas de otras, (i) el cuerpo, (ii) las relaciones con el mundo y con los otros, y (iii) el marco de valores individuales. El sufrimiento es en esencia una sensación que atraviesa la vida de la persona, cómo actúa frente al mundo, cómo se comunica con otros, cómo entiende y mira las prioridades y metas de la vida⁵⁷. De cara a la enfermedad, fragilidad y vulnerabilidad de cualquier condición física que provoque una disrupción del concepto de salud y bienestar, se pueden identificar razones físicas, psicológicas-emocionales, sociales y aquellas relacionadas con la pérdida de sí mismo, aquellas que se agudizan ante la desesperanza de un proyecto de vida en el cual no se puede resolver la situación que genera el sufrimiento. En consecuencia, el sufrimiento es uno de los ejes centrales del ejercicio de derechos al final de la vida, pues en efecto afecta la integridad física, el desarrollo individual y con ello la noción de dignidad del individuo, en especial porque para algunas personas en contextos específicos el sufrimiento de la condición o enfermedad puede ser calificado como algo más grande que la muerte misma.

Partiendo de las consideraciones expuestas, es importante que se mire el concepto de sufrimiento frente a una condición de salud extrema, como un resultado de una experiencia de la persona, un reducto de la multidimensionalidad del ser persona y no

⁵⁷ Svaneau, F. The phenomenology of suffering in medicine and bioethics. *Theor Med Bioeth* (2014) 35:407–420 DOI 10.1007/s11017-014-9315-3

estrictamente del ser humano en general. Estas dimensiones del sufrimiento de la persona en el ámbito médico pueden resumirse como estado de distrés, más o menos permanente, experimentado por el sujeto en el seno de una sociedad y cultura concreta al enfrentar una amenaza percibida como capaz de destruir su propia integridad física o psicosocial y ante la cual se siente vulnerable e indefenso⁵⁸, o incluso ser delimitados a la propuesta clásica de Cassell, sobre el sufrimiento como un *malestar severo asociado a eventos que amenazan la integridad personal y la preservación del self*⁵⁹, pues tal y como lo plantea el autor sobre la naturaleza del sufrimiento, este no ocurre limitado al cuerpo sino que incluye la complejidad social y psicológica de la persona, lo cual implica reconocer que tiene relación con la historia vital y la integridad de esa narración de lo que significa ser, haber sido y esperar ser.

El sufrimiento en el proceso de muerte o ante la pérdida de integridad secundaria a una condición de salud extrema, se construye y está determinado por quién se es —como persona—, o se ha dejado de ser, por el carácter y personalidad, el pasado del proceso de enfermedad, la historia personal y la posibilidad de legado, la cultura, las experiencias sociales que han definido esa historia, el entorno familiar y las relaciones personales, incluyendo las creencias y miedos y, de estos últimos, la pertenencia a algo mayor que el sujeto mismo y con ello la posibilidad de trascendencia espiritual. En conclusión, el sufrimiento de la persona con enfermedad en una condición de salud extrema o en el final de la vida es multidimensional, propio y determinado por la persona que muere, un concepto discrecional y altamente subjetivo, por lo que se llama a la medida sobre la ponderación de la condición de sufrimiento frente a otras condiciones para la toma de decisiones frente a la propia muerte. Al ser estrictamente subjetiva, siempre habrá limitaciones para conocer de manera objetiva medios concretos para su alivio y ponderación, dejando consigo el riesgo más allá de la duda razonable de que se esté respondiendo a un deseo y a una reflexión de situaciones que aún no se han experimentado y sobre las cuales puede no tenerse completa comprensión.

Ahora bien, cuando del sufrimiento multidimensional en la cercanía a la muerte⁶⁰ se trata, este puede ser categorizado sin posibilidad real o razonable de alivio, en tanto es la proximidad a la muerte la que determina límites en las posibilidades de intervención. La

⁵⁸ Montoya Juárez R, Schmidt Río-Valle J, Prados Peña D. En busca de una definición transcultural de sufrimiento: una revisión bibliográfica. 2006.

⁵⁹ Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med.* 1982 Mar 18;306(11):639-45. doi: 10.1056/NEJM198203183061104. PMID: 7057823.

⁶⁰ Daneault, S. et al, The nature of suffering and its relief in the terminally ill: a qualitative study. *J Palliat Care.* 2004 Spring; 20(1):7-11.

condición de terminalidad, donde el agotamiento de las capacidades fisiológicas para responder a las medidas de alivio, pueden llevar al juicio de que continuar viviendo se hace incompatible con su idea de dignidad y de calidad de vida. Este sufrimiento multidimensional, dolor total⁶¹, que lleva a la conclusión de que la aflicción es incommensurable y la existencia no se justifica como un bien, se diferencia de sufrimiento existencial en su origen, puesto que este último se relaciona con la aflicción generada por la impotencia, ansiedad y sentimientos de pérdida, sin que necesariamente exista proximidad a la muerte.

La descripción del sufrimiento y la búsqueda por el alivio de este, son indispensables para entender la necesidad de algunas personas de adelantar la muerte a través de la eutanasia, y para regular el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia como opción, ahora bien, las definiciones y el impacto del sufrimiento en cada persona requieren siempre de la atención y cuidado para la búsqueda de tal alivio, es por ello que la presencia de estos es considerada indispensable al considerar que una solicitud de eutanasia no está relacionada o definida por la falta de acceso a un alivio posible. La misma Corte Constitucional se ha referido a esto con mención a la subjetividad relacionada con el sufrimiento, como una característica prevalente, la cual en el caso de la sustitución por un tercero quedaría desvirtuada en su totalidad, perdiendo así dos condiciones de elegibilidad para la anticipación de la muerte a través de eutanasia.

3. NECESIDAD DE LA EXPEDICIÓN DE LA NORMA-REGULACIÓN EXISTENTE

3.1. Necesidad de la expedición de la norma

Como ya se ha indicado y atendiendo a la exhortos de la Corte Constitucional, tras el profundo desarrollo jurisprudencial de más de 20 años, se requiere de una ley que consolide los mismos, para el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, partiendo de parámetros y criterios que definan de forma clara y no susceptible a interpretaciones sobre quién y en qué condiciones está titulado, cómo debe revisarse la presencia de estas condiciones y que establezca un proceso asistencial coherente con el sistema de salud en el cual se ejerce este derecho.

⁶¹ El concepto de dolor total permite entender el dolor y otros problemas sufridos por el paciente terminal no solo como fenómenos aislados y resultantes de procesos biológicos, sino como realidades indisolubles la una de la otra, que tienen orígenes e implicaciones diversas en las esferas sociales, psicológicas y espirituales del paciente. En este sentido, el concepto de dolor total permite entender la enfermedad y el proceso final de la vida como experiencias de enfermedad (disease), padecimiento (illness) y disfunción social (sickness) que comporta diferentes formas de sufrimiento que deben ser atendidas de manera integral. López-Sánchez JR, Rivera-Largacha S. Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales. *Rev Cienc Salud.* 2018; 16(2):340-356.

Esta norma, que tendría un carácter estatutario (tal y como se precisará), es requerida para consolidar los puntos relevantes de la evolución del derecho fundamental a morir con dignidad, como un haz de facultades para la toma de decisiones al final de la vida, dentro de las cuales una podría ser la anticipación de la muerte por medio de la eutanasia; con el objeto de que los principios que rigen el uso de esta opción al final de la vida estén enmarcados en límites claros sobre las condiciones del consentimiento y las características de las personas que están tituladas para ejercer el derecho, teniendo en cuenta la rigurosidad necesaria y la excepcionalidad de este tipo de solicitudes. En consecuencia, la expedición de una legislación debe tener como principal intención, siempre propender por un balance entre el ejercicio del derecho de las personas y la existencia de medidas de seguridad para evitar abusos.

3.2. La regulación existente

Si bien es un ejercicio transitorio de regulación, en cumplimiento de las órdenes emitidas por la Corte Constitucional, este Ministerio ha adoptado las siguientes regulaciones:

3.2.1. Resolución 1216 de 2016, "por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la sentencia T-970 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad", en la cual se previó lo siguiente:

- Establece la conformación de los Comités de las instituciones que revisarán el cumplimiento de condiciones de despenalización.
- Reglamenta las funciones de los Comités.
- Reglamenta las funciones de IPS y EPS para la garantía del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia.
- Reglamenta el proceso asistencial de manejo de la solicitud, incluyendo las atenciones relacionadas con el acompañamiento durante las valoraciones y posterior a la decisión del Comité.
- Establece el Documento de Voluntad Anticipada como único medio de consentimiento sustituto.
- Establece la garantía del derecho al cuidado paliativo como estancia de alivio del sufrimiento y acompañamiento en el proceso integral de toma de decisiones, con el objetivo de que nadie se vea abocado a anticipar la muerte por la falta de cuidado apropiado.

<p>3.2.2. Resolución 4006 de 2016, "por medio de la cual se crea el Comité Interno del Ministerio de Salud y Protección Social para controlar los procedimientos que hagan efectivo el derecho a morir con dignidad, se regula su funcionamiento y se dictan otras disposiciones" en la que se precisa lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crea el comité de revisión exhaustiva y análisis de los casos en los cuales se lleva a cabo el procedimiento eutanásico dentro del marco normativo vigente. - Establece las funciones del Comité que revisa a posteriori el cumplimiento de condiciones y criterios para la garantía del derecho. <p>3.2.3. Resolución 825 de 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" con el siguiente contenido:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reglamenta las condiciones generales para el consentimiento cualificado de niños, niñas y adolescentes en la toma de decisiones ante una condición clínica de final de vida. - Establece exclusiones para la expresión de la solicitud de eutanasia en menores de 18 años teniendo en cuenta lo establecido frente a la capacidad de expresar la solicitud y de configurar un consentimiento cualificado, fijando el límite en 12 años, con casos excepcionales de 6 a 12 años. - Establece la reorientación de esfuerzos terapéuticos como parte del proceso integral de cuidado al final de la vida de niños, niñas y adolescentes. - Reglamenta el derecho al cuidado paliativo pediátrico. - Establece la conformación de los Comités de las instituciones que revisaran el cumplimiento de condiciones de despenalización para las solicitudes de eutanasia. - Reglamenta las funciones de los Comités y las de las IPS y EPS para la garantía del derecho. - Reglamenta el proceso asistencial de manejo de la solicitud. <p>3.2.4. Resolución 971 de 2021, "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 para hacer efectivo el Derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia", que precisa lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En el artículo 1° señala que su objeto consiste "en establecer disposiciones 	<p>para la recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia como forma de ejercer el derecho a morir con dignidad e impartir directrices para la conformación y funcionamiento de los Comités Científico-Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad a través de la eutanasia, los cuales actuarán en los casos y en las condiciones definidas en las Sentencias C-239 de 1997 y T-970 de 2014".</p> <p>Es decir, se trata de aspectos procesales que garanticen ese derecho y la institucionalidad necesaria para tal fin.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En el artículo 2°, en cuanto al campo de aplicación, se resalta que es un derecho para los ciudadanos colombianos y los extranjeros residentes en el territorio nacional. - El artículo 3° incorpora unas definiciones necesarias para la comprensión de la resolución como son las de agonía, adecuación de los esfuerzos terapéuticos, consentimiento informado, cuidado paliativo, derecho fundamental a morir con dignidad, enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal, eutanasia y solicitud de eutanasia. - En el artículo 4° se enuncian los criterios para la garantía del derecho, a saber, la prevalencia de la autonomía del paciente, la celeridad, oportunidad e imparcialidad. Así mismo, en el artículo 5° se aclara que la decisión de eutanasia es esencialmente desistible en cualquier momento. - En el capítulo II (arts. 6° a 16) se regula lo relativo a la solicitud de eutanasia, sus requisitos, la recepción de la solicitud y su verificación, la información al paciente que la solicita, el trámite del Documento de Voluntad Anticipada, la segunda opinión en torno a la negativa y de la eventual objeción de conciencia. - El capítulo III (arts. 17 a 23) alude a los reportes de las solicitudes de ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia. - El capítulo IV (arts. 24 a 30) regula la organización del Comité, su conformación, funciones, sesiones, mayorías y apoyo de una secretaria técnica. - El capítulo V se detiene en las funciones de las IPS e EAPB en lo que atañe a las solicitudes de eutanasia y en el último capítulo, de disposiciones finales, se <p>En este análisis es importante destacar que la Resolución 825 de 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", se mantiene vigente.</p> <p>Es necesario resaltar que las resoluciones referenciadas establecen un proceso riguroso para la revisión de una solicitud, haciendo de Colombia el único país con un instrumento</p>
<p>de validación previo a la realización del procedimiento. El Comité conformado en cada la IPS, por un médico especialista de la enfermedad que motiva la condición de salud extrema, un psiquiatra o psicólogo clínico y un abogado, se configura como una instancia de verificación y validación de la primera evaluación sobre la presencia de condiciones para la expresión de la solicitud, realizada por el médico que recibe la solicitud, y de los procesos de valoraciones específicas, realizados por profesionales capacitados para el establecimiento de la condición de terminalidad, sufrimiento secundario a esta, evaluación de las alternativas razonables de cuidado y de la capacidad y competencia mental para expresar la solicitud. De esta manera, resulta estructuralmente distinta la aproximación a la solicitud y el manejo de la misma de otros países, donde el médico que recibe la solicitud es la instancia de valoración de todas las condiciones y verificación al mismo tiempo; la segunda opinión por otro médico se limita a revisión contenidos de historia clínica en la mayoría de los casos.</p> <p>Adicionalmente, es necesario resaltar que existe una instancia de verificación posterior, a saber, el Comité centralizado en este Ministerio, el cual se encarga no solo de revisar el cumplimiento de las condiciones sino de vigilar que los procesos de atención y cuidado integral, revisando que estos se hayan dado en el marco normativo y jurisprudencial antes listado, este Comité se conforma en cumplimiento de lo indicado, también por la Alta Corporación, en la Sentencia T-970 de 2014.</p> <p>4. COMENTARIOS ESPECÍFICOS AL ARTICULADO</p> <p>4.1. Contenido estatutario de la norma</p> <p>De acuerdo con el artículo 152 de la Constitución Política (adicionado por el Acto Legislativo 2 de 2004), aquellas leyes que tengan que ver con la regulación de los "derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos necesarios para su protección" [énfasis agregado], entre otros eventos, debe tener ese carácter⁴². Esta clase de normas tienen un trámite especial, una mayoría absoluta y una</p>	<p>revisión previa de la Corte Constitucional (art. 153 ib.).</p> <p>Con el fin de que no se llegue al extremo de que el estatutario termine en el marasmo de leyes ordinarias, se ha manifestado que aquellos casos en los que se restringen o limitan derechos se estén en presencia de una norma de carácter estatutario⁴³. Sin embargo, se ha exceptuado los tratados internacionales, cuyo trámite es especial⁴⁴. Sobre el particular, en referencia al habeas corpus, se ha expresado:</p> <p>[...] En síntesis: la jurisprudencia de esta Corte ha sido enfática al señalar que las disposiciones que deben ser objeto de regulación por medio de ley estatutaria, concretamente, en lo que respecta a los derechos fundamentales y los recursos o procedimientos para su protección son aquellas que de alguna manera tocan su núcleo esencial o mediante las cuales se regula en forma "íntegra, estructural o completa" el derecho correspondiente [...]⁴⁵.</p> <p>Decantado el tema en el ámbito de la regulación de derechos fundamentales ha precisado:</p> <p>[...] De acuerdo con esa jurisprudencia y con los precedentes constitucionales anteriores a ésta⁴⁶, puede concluirse que tal situación ocurre cuando (i) el asunto trata de un derecho fundamental y no de un derecho constitucional de otra naturaleza, (ii) cuando por medio de la norma está regulándose y complementándose un derecho fundamental, (iii) cuando dicha regulación toca los elementos conceptuales y estructurales mínimos de los derechos fundamentales, y (iv) cuando la normatividad tiene una pretensión de regular integralmente el derecho fundamental.</p> <p>En este orden de ideas, puede observarse entonces que la existencia de las leyes estatutarias tiene una función doble, identificada especialmente por medio de los criterios (ii) y (iii). Por un lado, la de permitir que el legislador integre, perfeccione, regule y complemente normas sobre derechos fundamentales, que apunten a su adecuado goce y disfrute. Y por otro, la de establecer una garantía constitucional a favor de los ciudadanos frente a los eventuales límites que, exclusivamente en virtud del principio de</p>

⁴² Se destaca, entre las leyes que se han expedido como estatutarias desde la expedición de la Constitución de 1991, las que continuación se enuncian: Leyes 130 de 1994, estatuto de la oposición (literal c), con modificaciones; 133 de 1994, sobre libertad religiosa (literal a); 134 de 1994, instituciones y mecanismos de participación (literal d), con modificaciones; 137 de 1994, estados de excepción (literal e); 270 de 1995, de administración de justicia (literal b), con modificaciones; 581 de 2000, participación de la mujer; 741 de 2002, voto programático; 743 de 2002, acción comunal; 850 de 2003, veeduría ciudadanas (literal d), con modificaciones; 892 de 2004, mecanismos de votación e inscripción; 971 de 2005, búsqueda urgente; 996 de 2005, garantías electorales (literal f); 1095 de 2006, habeas corpus (literal a); 1266 de 2008, sobre bases de datos en el sistema financiero (literal a); 1475 de 2011, sobre funcionamiento de partidos políticos (literal c); 1581 de 2012, protección de datos personales; 1618 de 2013, personas con discapacidad; 1621 de 2013, inteligencia y contrainteligencia; 1622 de 2013, estatuto de ciudadanía juvenil,

con modificaciones; 1712 de 2014, transparencia y acceso a la información, con correcciones; 1745 de 2014, referendo Acuerdo Final para la terminación del conflicto; 1751 de 2015, sobre el derecho fundamental a la salud (literal a); 1755 de 2015, derecho de petición; 1757 de 2015, promoción y protección del derecho a la participación democrática; 1806 de 2015, plebiscito paz estable y duradera; 1885 de 2018, estatuto de juventud; 1957 de 2019, Jurisdicción especial para la paz.

⁴³ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-374 de 1997, M.P. José Gregorio Hernández Gallindo.

⁴⁴ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-406 de 1999, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

⁴⁵ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-620 de 2001, M.P. Jaime Araújo Rentería.

⁴⁶ Entre otras, pueden consultarse las siguientes sentencias: C-567 de 1997, C-384 de 2000, C-670 de 2001.

proporcionalidad, pueda establecer el legislador [...]”⁶⁷.

En materia de salud, en tanto derecho fundamental, en donde las discusiones en materia de expedición de una norma estatutaria se han producido, la Alta Corporación ha señalado⁶⁸:

- i. La reserva de ley estatutaria no debe entenderse de manera restrictiva. Las materias allí contenidas no deben ser reguladas en su totalidad a través de esa figura pues, de lo contrario, se vaciaría la competencia del legislador ordinario. Esto es claro en el caso de la regulación de derechos fundamentales.
- ii. Sin embargo, en ciertos temas se ha exigido una regulación exhaustiva en materia estatutaria, a saber la reserva reforzada en temas como el electoral.
- iii. En el caso de la regulación de los derechos fundamentales, en particular porque coexiste la ley estatutaria con la ley ordinaria, se ha indicado lo estatutario regula “solamente los elementos estructurales esenciales de los derechos fundamentales, y por lo tanto no tienen por objeto regular en detalle cada variante de manifestación de los mencionados derechos o todos aquellos aspectos que tengan que ver con su ejercicio” (se resalta).
- iv. Lo estructurante sería el núcleo esencial que se ha traducido en “lo que signifique consagración de límites, restricciones, excepciones y prohibiciones, en cuya virtud se afecte el núcleo esencial de los mismos”.
- v. No obstante, debe comprender también la regulación de los aspectos principales e importantes al derecho que se regula.
- vi. Ha señalado ulteriormente:

[...] 3.7. En suma, la Constitución Política dispone las materias que deben tramitarse a través de una ley estatutaria, sin embargo, dada la amplitud de su contenido se ha determinado la necesidad de realizar una interpretación restrictiva de las mismas, para no vaciar las competencias del legislador ordinario. En ese sentido, en relación con los derechos fundamentales, solo serán objeto del trámite de ley cuando (i) se actualiza o se configuran elementos estructurales de un derecho fundamental; (ii) se

⁶⁷ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-687 de 2002, M.P. Eduardo Montealegre Lynett.
⁶⁸ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-791 de 2011, M.P. Humberto Sierra Porto.

regulan o precisan aspectos intrínsecos a los elementos que hacen parte de su ámbito constitucionalmente protegido y que tienen que ver con su ejercicio. Y la definición sobre el núcleo esencial se ha entendido como el desarrollo en el mismo cuerpo normativo, de los elementos estructurales del derecho fundamental, sus prerrogativas, deberes, principios y limitaciones, como se explicó en forma sucinta [...]”⁶⁹.

Ha indicado, además, que los casos de leyes estatutarias son taxativos y, por ende, ni el intérprete ni el legislador pueden ampliar tales casos⁷⁰ ni convertir cualquier regulación de derechos fundamentales en materia de ley estatutaria⁷¹ a salvo en materia electoral en donde, a criterio del Alto Tribunal, la regulación estatutaria debe ser exhaustiva quedando para el legislador ordinario la expedición de normas exclusivamente operativas⁷².

Ahora bien, de acuerdo con sentencia C-239 de 1997, la Corte Constitucional erigió en fundamental el derecho a morir dignamente. Para lo que nos concierne el proyecto de ley regula la manifestación de la voluntad para no someterse a tratamientos médicos innecesarios y, por ende, al no sometimiento a tratos crueles o degradantes (art. 12 C. Pol.) y al libre desarrollo de la personalidad (art. 16 ib.) asociados a la dignidad de la persona (art. 1º del mismo ordenamiento) así como, obviamente, la inviolabilidad de la vida y su eventual disponibilidad en los términos expresados por la Alta Corporación (art. 11 ib.). A su turno, la sentencia T-970 reiteró el carácter fundamental del derecho en los siguientes términos:

[...] El derecho a morir dignamente, es un derecho fundamental[51]. Así lo dijo la Corte en la Sentencia C-239 de 1997 cuando indicó que “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 (CP art. 12), sino a una anulación de su dignidad y de autonomía como sujeto moral”. 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 [...].

⁶⁹ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-147 de 2018, M.P. Alberto Rojas Ríos.
⁷⁰ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-498 de 1999, M.P. Hernando Herrera Vergara.
⁷¹ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-434 de 1996, M.P. José Gregorio Hernández Galindo.
⁷² CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-448 de 1997, M.P. Alejandro Martínez Caballero.

Acorde con lo indicado *supra*, existen elementos de juicio para considerar que se está abordando un tema susceptible de ser tratado como una ley estatutaria. Además de que la regulación concierne a derechos fundamentales, tiene, a su turno, un componente de restricción o limitación voluntaria a la vida que ha sido catalogado como uno de los más trascendentales sino el más trascendental de los derechos en una sociedad. De otra parte, aunque no se trata de reeditar el debate que ya se dio en 1997, desde el punto de vista político y de legitimidad resulta importante no sólo garantizar unas mayorías en el Congreso de la República sino, adicionalmente, someter el proyecto a la revisión previa por parte de la Corte Constitucional. De esta manera, se impide que la ley sea aplicada y produzca efectos antes de determinar si sus normas son o no exequibles⁷³. Está en juego la irreversibilidad de la vida y, por ende, el rigor con que debe surgir la determinación en torno al derecho a morir dignamente. Este criterio no se modifica con lo indicado por la Corte Constitucional respecto de la ley de cuidados paliativos, C-233 de 2014⁷⁴, teniendo en cuenta que en la misma no está en exposición la vida ni en ella se determina un límite a la misma.

En virtud de lo anterior, se considera adecuado que el artículo 1º de la iniciativa incluya la palabra “estatutaria”.

4.2. Objeto y demás disposiciones

El artículo 1º, objeto de la ley, indica que su finalidad es regular el acceso al derecho fundamental a la muerte digna en la modalidad muerte médicamente asistida y garantizar la seguridad jurídica de las personas involucradas en el procedimiento. Sobre el artículo 1º, se considera necesario, modificar la denominación adoptada para el procedimiento eutanásico en la totalidad del proyecto. Tal y como se expuso, el uso indiferenciado del concepto muerte médicamente asistida, sin tener en cuenta el procedimiento en particular que se busca regular, es desfavorable y supone mayores barreras a la garantía del derecho, en especial teniendo en cuenta que, el derecho fundamental a morir dignamente en el país se ha desarrollado conceptualmente de manera diferenciada en cada una de sus dimensiones.

Propuesta de redacción
Artículo 1. Objeto. La presente ley estatutaria tiene por objeto regular el acceso al derecho fundamental a morir dignamente en la modalidad de eutanasia y garantizar la seguridad

⁷³ Si se admitiera su carácter ordinario, sería un problema mayúsculo que un trámite o procedimiento se haya aplicado y que, posteriormente, la Corte lo haya declarado inexecutable.
⁷⁴ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-233 de 2014, M.P. Alberto Rojas Ríos.

jurídica de las personas involucradas en el manejo de la solicitud, los trámites derivados de esta y el procedimiento eutanásico.

El artículo 2º presenta como principios orientadores los ya definidos en la jurisprudencia como criterios, para el acceso al derecho fundamental a morir dignamente en la modalidad de eutanasia. Se sugiere revisar la redacción frente a lo indicado con respecto a la denominación, se proponen las definiciones de los principios, previamente denominados criterios, desde la sentencia T-970 de 2014. Ahora bien, por las razones expuestas no se considera del caso incluir el consentimiento sustituto como una posibilidad dentro del procedimiento pues iría en contra de la autonomía de la voluntad, bajo el supuesto de la mejor interpretación del querer de la persona, tal y como se propone en el punto 2.1. Adicionalmente, se ajustan redacciones en aras de articular la propuesta del PLE a lo expuesto en el concepto en apartados anteriores, así:

Propuesta de redacción
Artículo 2. Principios orientadores para el acceso al derecho fundamental a morir dignamente en la modalidad de eutanasia. La aplicación e interpretación del derecho a morir dignamente mediante la modalidad de eutanasia debe guiarse por los siguientes principios:

- 2.1 Prevalencia de la autonomía del paciente. Quienes intervengan para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad mediante la modalidad de eutanasia deberán analizar las solicitudes atendiendo siempre a la voluntad del paciente. Solo bajo situaciones objetivas e imparciales, se podrá contravenir esa manifestación de la voluntad.
- 2.2 Celeridad. Las personas relacionadas con la atención y cuidado del paciente que presten los servicios necesarios y atiendan los requerimientos que puedan surgir en relación con el trámite de las solicitudes de eutanasia, lo impulsarán oficiosamente y evitarán dilaciones y barreras en el mismo. La actuación debe ser ágil, rápida y sin ritualismos excesivos que alejen al paciente del goce efectivo del derecho.
- 2.3 Oportunidad. La voluntad del paciente deberá ser atendida a tiempo, sin que se prolonguen los plazos establecidos para prevenir mayor sufrimiento.
- 2.4 Imparcialidad. Las personas deberán actuar teniendo en cuenta la finalidad del procedimiento de eutanasia tendiente a garantizar una decisión producto del desarrollo de la autonomía de la voluntad la persona que solicita la eutanasia. 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.

<p>2.5 Gratuidad. Sin perjuicio del cobro de las atenciones derivadas o vinculadas a la evaluación de la solicitud, del cuidado o atención debida y de la conformación de los Comités Científico-Interdisciplinarios para revisar y validar las solicitudes de eutanasia, el procedimiento eutanásico propiamente dicho, incluyendo los medicamentos para su realización, tiene carácter gratuito y, en consecuencia, no será objeto de cobro de copagos o cuotas moderadoras.</p> <p>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 y, cuando sea su decisión, del ejercicio del derecho a morir dignamente mediante la modalidad de eutanasia.</p> <p>2.7 Accesibilidad y no discriminación. Los bienes, servicios, profesionales y centros de atención en salud relacionados con la aplicación de la eutanasia deberán ser accesibles en términos geográficos, físicos y económicos para toda la población, especialmente para las personas sujetas de especial protección constitucional.</p> <p>Para la prestación de los servicios de salud relacionados con el manejo de la solicitud de eutanasia se deberán realizar los ajustes se deberán desmontar y prevenir que se constituyan barreras que impidan o dificulten el goce efectivo del derecho a morir dignamente mediante eutanasia sin que esto suponga una flexibilización a las evaluaciones necesarias para garantizar la elegibilidad para el procedimiento.</p> <p>El 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 establece. 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 la persona que solicita eutanasia.</p> <p>2.8 Aceptabilidad. La garantía del derecho a morir dignamente bajo la modalidad de eutanasia deberá darse con arreglo a los mayores estándares éticos. No podrán desarrollarse prácticas de imposición cultural, y se garantizará el debido respeto por la diversidad cultural y la realización de ajustes razonables considerando particularidades étnicas, etarias y de discapacidad.</p> <p>2.9 Principio de inclusión del enfoque de interseccionalidad. El principio de enfoque interseccional reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, orientación sexual, situación de discapacidad y pertenencia étnica. Por tal razón, todos los procesos, medidas y acciones establecidas en la</p>	<p>presente ley, contarán con dicho enfoque.</p> <p>2.10. Calidad. La totalidad de los servicios y acciones vinculadas con la garantía del derecho a morir dignamente bajo la modalidad de eutanasia deberán cumplir con los mayores estándares científicos y médicos y con los criterios previstos en la presente ley.</p> <p>2.11. Acceso a la información. 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 sus diferentes opciones y de manera clara sobre la eutanasia como opción, no impositiva ni prevalente, sino dependiente de la voluntad de la persona.</p> <p>El proceso de información para la cualificación del consentimiento, no se limita a la autorización de la inducción de la muerte, sino que comprende el acceso a la información necesaria y razonable, para que la persona desde su marco de valores individual tome decisiones sobre cómo afrontar el momento de muerte.</p> <p>En cuanto al artículo 3°, definiciones, se estima que las mismas son poco claras, se superponen y, de mantenerse como están, pudieran derivar en barreras para la comprensión de las condiciones de elegibilidad para el acceso a eutanasia, como forma del ejercicio del derecho a morir con dignidad. Teniendo en cuenta lo expuesto y los desarrollos técnicos adelantados por este Ministerio para la garantía del ejercicio de derechos al final de la vida, se realizan los ajustes. Se incluye la definición de Condición de Salud Extrema, conceptualización que permite agrupar las características de elegibilidad del diagnóstico de acuerdo a lo desarrollado por la Corte Constitucional frente a este derecho, y se retiran las definiciones de enfermedad incurable avanzada y terminal, a las cuales no se hace referencia en el cuerpo del articulado, a diferencia de las que se relacionan con lesión corporal y enfermedad grave e incurable las que no son definidas en el PLE. Se resalta además que <i>la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos</i> no se limita a la decisión de la persona, sino que debe ser reconocida como una conducta médica ética y proporcional, que puede estar indicada por el equipo médico o solicitada por el paciente. La limitación de la AET a la voluntad de la persona, puede derivar en escenarios de obstinación terapéutica o una mala práctica de la profesión médica, que permanentemente debe replantear cuales son los objetivos de cuidado que se buscan alcanzar con las medidas terapéuticas a partir del principio de razonabilidad y proporcionalidad.</p> <p>Por otra parte, debe tenerse presente que constitucionalmente los Documentos de Voluntad Anticipada se reconocen como Consentimientos Informados proyectados en el</p>
<p>tiempo, que deben incluir las preferencias acerca del manejo médico que se espera en condiciones clínicas de final de vida en caso de incapacidad para poder manifestar la voluntad; no son una forma de Testamento o directivas previas sobre asuntos no médicos, aunque tal tipo de instrucciones pudieran estar incluidas en los mismos DVA.</p> <p>Finalmente, se solicita retirar el numeral 3.7, pues ello se aclarara en el ámbito de aplicación de la ley, puede temer como alcance al paciente, el binomio de cuidado a saber la familia y red de apoyo del paciente, así como los actores del Sistema y no se considera pertinente la participación del Ministerio Público, en un asunto limitado a la atención en salud de carácter privado y particular de una persona. Por las razones expuestas tampoco se considera del caso incluir el consentimiento sustituto que se propone en los numerales 3.8. y 3.9. Las definiciones, adicionalmente, se organizan en orden alfabético para facilitar su consulta.</p> <p><u>Propuesta de redacción</u> Artículo 3. Definiciones. Para el cumplimiento de esta ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:</p> <p>3.1. Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos. Ajuste de los tratamientos y objetivos de cuidado a la situación clínica de la persona, en los casos en que esta se encuentra en una condición de salud extrema, o cuando estos no cumplen con los principios de proporcionalidad terapéutica o no sirven al mejor interés de la persona y no representan una vida digna para ésta.</p> <p>La AET supone el retiro o no instauración atenciones, intervenciones o tratamientos, donde la continuidad de estos pudiera generar daño y sufrimiento, o resultar desproporcionados entre los fines y medios terapéuticos.</p> <p>3.2. Condición de Salud Extrema: condición secundaria a un diagnóstico médicamente comprobado que se pueda caracterizar como una condición límite que amenaza la vida, como consecuencia de una alteración fisiológica del organismo, de la cual derivan (i) alteraciones de la funcionalidad, (ii) la necesidad de intervenciones médicas y (iii) la cual provoca además una situación de necesidades de atenciones en salud. La condición de salud extrema pudiera ser o no calificada por la persona como dolorosa, inhumana, degradante, abrumadora e incompatible con su concepto de vida digna, sin perspectivas de alivio o curación.</p> <p>La condición de salud extrema que motiva el sufrimiento para la solicitud de eutanasia, puede estar derivada de:</p> <p>a. <i>Condiciones clínicas de fin de vida - estadios clínicos del proceso de muerte, que</i></p>	<p><i>se diferencian entre sí, por la capacidad de respuesta a los tratamientos y la proximidad al momento de muerte.</i></p> <p>i. Enfermedad o condición incurable avanzada ii. Enfermedad o condición terminal iii. Agonía.</p> <p>b. <i>Enfermedad grave e incurable:</i> diagnóstico objetivo, clínicamente validado en el cual se presentan condiciones de agotamiento de alternativas de curación, paliación y alivio sintomático. Caracterizado por la irrecuperabilidad e intratabilidad.</p> <p>c. <i>Lesión Corporal:</i> alteración y pérdida irrecuperable de la integridad física y multisistémica a razón de una causa externa sin perspectivas de alivio o curación.</p> <p>3.3. 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 el libre desarrollo de la personalidad y con la prohibición de sufrir tratos crueles, inhumanos o degradantes. A través del cual una persona, en ejercicio de su autonomía, toma decisiones sobre lo que considera digno respecto a establecer límites a otros y establecer preferencias sobre su cuidado al final de la vida.</p> <p>El ejercicio del derecho a morir con dignidad le permite a la persona tener control de la toma de decisiones sobre cuidado y la atención integral del proceso de muerte, incluyendo la posibilidad de elegir la forma a través de la cual se vive el momento de muerte, sea recibiendo cuidado paliativo, a través de la adecuación de los esfuerzos terapéuticos o por medio de la eutanasia, según considere adecuado para sí mismo.</p> <p>3.4. Documento de Voluntad Anticipada - DVA. Es aquel documento en el que toda persona, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades legales y mentales y como previsión de no poder tomar decisiones en el futuro, declara, de forma libre, consciente e informada su voluntad sobre las preferencias al final de la vida que sean relevantes para su marco de valores personales. Ello puede incluir sus deseos respecto del acceso a cuidados paliativos, a la adecuación de los esfuerzos terapéuticos y a la eutanasia, sin que estas sean excluyentes. Los DVA no suplantán la posibilidad de decidir y expresar su consentimiento actual en el proceso de atención si la persona es capaz y está en pleno uso de sus facultades legales y mentales.</p> <p>Los documentos de voluntad anticipada se consideran manifestaciones válidas del consentimiento si señalan de forma específica, clara, expresa e inequívoca la solicitud de eutanasia.</p> <p>3.5. Eutanasia. Procedimiento mediante el cual un profesional de la medicina induce la muerte de manera anticipada a una persona con una condición de salud extrema que</p>

<p>le genera sufrimiento, tras la solicitud voluntaria, informada e inequívoca de la persona, o por la voluntad anticipada de la misma.</p> <p>3.6. Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente. Es la instancia destinada a evaluar la solicitud, aprobar o denegar la eutanasia, así como vigilar y acompañar el trámite del procedimiento verificando que, en cada paso se cumpla con los requisitos, el consentimiento de la persona enferma y la reiteración de la voluntad.</p> <p>En los artículos 4° y 5°, sobre la complementariedad entre las diferentes opciones para afrontar el momento de muerte, se reconoce la multidimensionalidad del mismo tal y como ha sido desarrollado por este Ministerio a partir de los desarrollos jurisprudenciales y los casos atendidos en el curso de los 7 años en los cuales se han adelantado procedimientos eutanásicos en el país. En consecuencia, se sugiere modificar la redacción en conformidad a las definiciones ya expuestas.</p> <p><u>Propuesta de redacción</u> Artículo 4. Complementariedad entre las diferentes modalidades de ejercicio del derecho fundamental a morir dignamente. Se reconoce la complementariedad y no exclusión, entre los cuidados paliativos, la adecuación de los esfuerzos terapéutico y eutanasia.</p> <p>Lo que implica que la persona puede hacer uso de las opciones que se incluyen sin que sean excluyentes unas a otras, o puedan imponerse a través de terceros indicaciones de prevalencia entre estas.</p> <p>Artículo 5. Garantías para el acceso al derecho a morir dignamente. 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 acceder a eutanasia.</p> <p>No se podrá obligar a una persona a recibir tratamiento que considera desproporcionado, que va en contra de su mejor interés o que riña con su concepto de vida o su derecho a morir dignamente.</p> <p>El artículo 6° hace referencia a las personas a quienes se les garantiza el derecho, extendiendo la representación de quienes están en ejercicio de los derechos de patria potestad para que puedan presentar una solicitud en nombre de estos, lo cual va en contravía absoluta del principio de autonomía, y de la conceptualización del sufrimiento como una experiencia no transferible, tal y como se expuso en el apartado inicial, desconociendo además que dicha representación no es absoluta, y que supone el uso del consentimiento sustituto para la eutanasia, el cual, como se precisó, desvirtúa los principios básicos que justifican éticamente la conducta, la autonomía y a través de esta</p>	<p>el principio de dignidad humana para definir las condiciones de vida, salud y bienestar.</p> <p><u>Propuesta de redacción</u> Artículo 6°. Ámbito de aplicación. La presente ley estatutaria se aplica a adolescentes y mayores de edad domiciliados por más de un año en Colombia, profesionales médicos y los demás agentes que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a morir con dignidad en la modalidad de eutanasia.</p> <p>Parágrafo 1. Para el ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de eutanasia, se requiere ser ciudadano colombiano o contar con domicilio ininterrumpido en el territorio colombiano de 1 año.</p> <p>Parágrafo 2. En reconocimiento a capacidad jurídica de las personas con discapacidad establecida por la Ley 1996 de 2019 o en aquellas normas que la modifiquen o deroguen, podrán manifestar su voluntad y consentimiento, el cual en todo caso deberá cumplir con los estándares previstos en la presente ley.</p> <p>En ninguna circunstancia se considerará motivo suficiente para acceder a la eutanasia como condición única la presencia de una condición de discapacidad.</p> <p>Sobre los artículos 7 y 8, se sugiere la siguiente redacción para dar coherencia temática a los conceptos presentados sobre las diferencias que existen en las alternativas de muerte médicamente asistida, incorporado un solo artículo:</p> <p><u>Propuesta de redacción</u> Artículo 7. Acompañamiento de la Defensoría del Pueblo y de la Superintendencia Nacional de Salud. La Defensoría del Pueblo y la Superintendencia Nacional 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 eutanasia.</p> <p>El alcance de este acompañamiento se hará dentro del ejercicio de sus competencias, ante los diferentes actores del sector salud, interviniendo cuando advierta que no se están dando garantías para el ejercicio del derecho fundamental a morir con dignidad a través de los mecanismos previstos para ello.</p> <p>En relación con los artículos 9 a 11, con respecto a las obligaciones de este Ministerio, se sugiere tener en cuenta las funciones de la Cartera sobre regular y dar lineamientos, mas no de vigilancia y control. Las actividades de seguimiento a barreras identificadas en el goce efectivo del derecho a la salud, se ejecutan en el cumplimiento de las funciones</p>
<p>de la Superintendencia Nacional de Salud. Por otra parte, teniendo en cuenta que si bien el tema de muerte médicamente asistida es un asunto de relevancia en salud, no se considera pertinente la emisión de una política pública particular sobre el asunto, teniendo en cuenta que este no es un objetivo común de la sociedad, sino un derecho emergente que responde a las necesidades individuales que han de garantizarse con el establecimiento de regulaciones ordenadas, y con límites estrictos que permitan un balance entre la garantía de la vida, el ejercicio de derechos de las personas en condición de discapacidad y tenga en cuenta las condiciones sociales y económicas que ponen en riesgo eugenésico a poblaciones vulnerables.</p> <p>De otra parte, se solicita retirar el artículo 10° o delimitar funciones a la Superintendencia Nacional de Salud y sobre la accesibilidad, deben tenerse presente los tiempos, dado que la regulación que se encuentra vigente ya da instrucciones para la garantía y las acciones de prevención de barreras para el acceso, no se requeriría lapso adicional para que ejecuten lo ya reglamentado.</p> <p><u>Propuesta de redacción</u> Artículo 9 (8)⁷³. 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, realizará 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 eutanasia, 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.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social prestará asesoramiento y apoyo técnico a las entidades territoriales 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 eutanasia.</p> <p>Artículo 11 (9). 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 servicios de salud, están obligadas a desmontar las barreras de acceso al sistema de salud que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a morir dignamente, en particular aquellos relacionados o derivados del manejo de la solicitud de eutanasia.</p> <p>Para lo anterior, 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</p>	<p>modalidad eutanasia.</p> <p>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. El cumplimiento en la implementación de estas actividades y de la garantía de medidas para la accesibilidad estará a cargo de la Superintendencia de Salud.</p> <p>Artículo 12 (10). 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. Pasados siete (7) meses luego de entregado el informe deberá enviar a las mismas instancias un informe reportando las acciones adoptadas para desmontar las barreras superadas.</p> <p>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.</p> <p>Con relación a los artículos 13 y 14, se señala que el reconocimiento de necesidades de atención en salud relacionadas con el acompañamiento a la persona que ha solicitado eutanasia, no requieren de una reglamentación adicional, el cuidado integral de paciente y su familia hacen parte de las atenciones ya reguladas y cubiertas por el sistema de salud, financiadas por la UPC, y a través de las atenciones en salud dadas por la atención individual en caso de que resulte una condición que requiera tratamiento específicos. El principio de gratuidad, cobija así mismo las atenciones sin cuotas moderadoras o copagos. Con base en lo anterior, se solicita retirar tales preceptos.</p> <p>En lo concerniente al artículo 15, medidas de educación y pedagogía, se sugiere tener presente que la necesidad de información general en derechos debe hacer parte de la capacitación de actores del sistema y no a través de la pedagogía directa en el proceso educativo, en especial en lo que respecta a la muerte médicamente asistida, teniendo en cuenta que el proceso de información para la cualificación del consentimiento parte por la información razonable y necesaria, que no caiga en inducción de una opción sobre la otra. Por otra parte, ha de tenerse en la formación del talento humano en salud que las Universidades cuentan con autonomía universitaria para la definición de sus contenidos y saberes esenciales.</p>

⁷³ En paréntesis el nuevo número de acuerdo con el nuevo orden propuesto.

<p><u>Propuesta de redacción</u> Artículo 15 (11). Medidas pedagógicas y educativas. El Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales, deberán garantizar la capacitación de los actores del sistema de salud sobre el alcance, contenido, importancia y modalidades de ejercicio del derecho fundamental a morir dignamente. 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.</p> <p>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 promover la capacitación de los estudiantes de medicina sobre el alcance, contenido e importancia de la carta de derechos del paciente, que incluya las modalidades de ejercicio del derecho fundamental a morir dignamente.</p> <p>Con respecto al Título II, sobre el proceso para acceder a la eutanasia en mayores de edad, con relación a los que el PLE ha denominado participantes, se considera suficiente que se aborden en el ámbito de aplicación de la ley, el alcance de la misma, tal y como ya se expuso. De otro lado, tal y como se plantea en el artículo 16, el PLE permite y promueve la existencia del consentimiento sustituto, dando campo a malas interpretaciones acerca de en manos de quien pudiese estar la decisión de solicitar el procedimiento. La forma como está redactado el artículo genera escenarios de conflicto ético y sobre todo, resta validez al principio fundamental de la prevalencia autonomía del paciente. En consecuencia, se sugiere retirar dicho artículo.</p> <p>En cuanto al artículo 17, con el propósito de que exista coherencia con la articulación de los procesos asistenciales vigentes y las definiciones propuestas y el alcance de las condiciones de elegibilidad planteados en el apartado inicial del concepto se sugiere la siguiente redacción, en la cual se describen los requisitos de elegibilidad para expresar y procesar la solicitud, excluyendo el consentimiento sustituto por lo ya indicado.</p> <p><u>Propuesta de redacción.</u> Artículo 17 (12). Requisitos. Son requisitos para materializar el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, cuando la persona sea adolescente o mayor de 18 años de edad, la presencia y concurrencia de los siguientes:</p> <p>17.1. Requisitos para expresar una solicitud: 17.1.1 Existencia de un diagnóstico de una condición de salud extrema. 17.1.2 Presencia de sufrimiento secundario al diagnóstico de una condición de salud extrema. No es necesario, ni será exigible, acreditar la existencia de enfermedad</p>	<p>terminal ni pronóstico médico de muerte próxima.</p> <p>17.1.3 Existencia de solicitud voluntaria e inequívoca de adelantar el momento de muerte a través de eutanasia. 17.1.4 Recepción de información sobre las opciones y alternativas disponibles para ejercer el derecho a morir con dignidad.</p> <p>17.2. Requisitos para dar trámite a una solicitud: 17.2.1 La conformación de un comité para que sea evaluada y validada la solicitud de eutanasia. 17.2.2 El respeto por la autonomía y dignidad de la persona que solicita la eutanasia. 17.2.3 El cumplimiento a los criterios de celeridad, oportunidad, imparcialidad y gratuidad.</p> <p>En lo que atañe a la definición de sufrimiento estipulada en el artículo 18, se sugiere incorporar un concepto que permita la identificación particular de la condición de la persona y no una indicación de ponderación asociada con intensidad o evaluación, que pueda ser interpretada como la necesidad de alcanzar un tipo en particular de sufrimiento para que se pueda considerar elegible la solicitud. Ha de reiterarse que con respecto al sufrimiento, la pregunta no es cerrada, a si el paciente sufre o no, sino que tipo de sufrimiento padece y que se ha podido hacer para aliviarlo; ni se limita a ser de un tipo, físico o psíquico, tal y como se expuso previamente, en el apartado sobre sufrimiento como requisito.</p> <p><u>Propuesta de redacción</u> Artículo 18 (13). Del sufrimiento secundario a la condición de salud extrema. En el contexto de una condición clínica de final de la vida, enfermedad grave e incurable, o lesión corporal, se reconoce este como aquel que aflige de manera incommensurable que a juicio del propio paciente es de tal magnitud que se hace incompatible con su idea de dignidad y de vida, en tanto es resultado de su experiencia individual.</p> <p>Al entrar a analizar el Capítulo II del Título II, se considera imperativo y prioritario que se reconozca la limitación de la viabilidad del consentimiento sustituto para la solicitud de eutanasia, que trae el artículo 25, y para consentir el procedimiento, según lo ya precisado. El concepto de dignidad humana y la ponderación del sufrimiento se dan en primera persona, son experiencias intransferibles e individuales, tal y como se expuso previamente, el sufrimiento de la persona con enfermedad en una condición de salud extrema o en el final de la vida es multidimensional, propio y determinado por la persona que muere, un concepto discrecional y altamente subjetivo. De esta manera, habilitar a que cualquier persona, así sea un pariente cercano, en un ejercicio de sustitución de la voluntad, determine que continuar viviendo configura un daño, va en contravía de la definición de decisión autónoma. Adicionalmente, elaborar un concepto frente a la</p>
<p>anticipación de la muerte, es un juicio ponderado y coherente con los valores personales, como se ha descrito antes desde lo que se reconoce como dignidad, frente a su propio sufrimiento, otro ejercicio no sería más que la relativización del sufrimiento por un tercero, hipotético, lo que, no solo va en contravía de la autonomía, sino de lo que significa el sufrimiento para la persona en condición de salud extrema.</p> <p>Por otra parte, se evidencia un retroceso en la denominación de los diferentes momentos de expresión de la voluntad, lo cual puede generar dificultades en el proceso de manejo de la solicitud de eutanasia y la realización del procedimiento, como lo es la necesidad expresada en el artículo 20 de que se formalice el consentimiento del paciente frente a testigos, además que ante el médico que realiza el procedimiento. De la misma manera, se identifican elementos que resultan confusos y contradictorios con la regulación de los Documentos de Voluntad Anticipada y su alcance, añadiendo elementos que son propios del orden testamentario. No se considera del caso incluir artículos como el contenido mínimo del DVA, ni una formalización tan exigente y la condición de testigos (arts. 27 a 29, nuevos). En particular, se señala la potestad que se da a estos para cumplir con fines de suscripción de preferencias de orden patrimonial y económico, las cuales no corresponden ni al fin y objeto de los DVA, ni al objeto del presente proyecto de ley.</p> <p><u>Propuesta de redacción</u> Capítulo II. De la solicitud y el Consentimiento</p> <p>Artículo 19 (14). Solicitud de eutanasia. Corresponde a la solicitud, verbal o escrita, realizada por un paciente que desea adelantar el momento de muerte al encontrarse frente al sufrimiento provocado por una condición de salud extrema. La solicitud debe ser voluntaria, informada, inequívoca y persistente. No se permite la solicitud a través de terceros.</p> <p>Para que la solicitud sea voluntaria se requiere que sea expresada en primera persona de manera directa, y que pueda verificarse es exenta de presiones por parte de terceros.</p> <p>Se considerará informada, cuando el paciente haya recibido información por parte del médico que recibe la solicitud con relación a las opciones disponibles, su derecho al desistimiento y el proceso que sigue para verificar las condiciones de elegibilidad.</p> <p>Es inequívoca cuando el sentido de la decisión es consistente y no da lugar a dudas respecto de la voluntad de la persona frente a la opción elegida.</p> <p>La persistencia de la solicitud se configura al expresar la voluntad de seguir con el proceso asistencial derivado de esta, para evaluar y verificar el cumplimiento de las condiciones de</p>	<p>elegibilidad.</p> <p>Parágrafo. La solicitud de eutanasia podrá ser presentada de manera verbal o escrita por medio de documento u otros medios tecnológicos y en otros sistemas de comunicación, siempre y cuando sea posible comprobar la autría e identificación de quien realiza la solicitud y sea posible establecer el contenido y sentido de la solicitud.</p> <p>Artículo 20 (15). Solicitud de eutanasia en casos de personas en condición de discapacidad. 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 sobre el derecho fundamental a morir dignamente mediante eutanasia, conforme a lo dispuesto en la Ley 1996 de 2019, o las que la modifiquen o deroguen.</p> <p>Se buscarán todos los apoyos y ajustes razonables de forma que se permita o facilite la expresión voluntaria, libre, informada e inequívoca de esta, y los mismos deberán ser usados para adelantar las evaluaciones y valoraciones que den cuenta de la presencia de las condiciones de elegibilidad.</p> <p>La solicitud no puede ser sustituida a través de apoyos o representación de terceros, y no se podrá sugerir o insinuar el procedimiento ni buscar el asentimiento de consideraciones realizadas por terceros.</p> <p>Artículo 26 (16). Solicitud de eutanasia a través de DVA. El documento de voluntad anticipada DVA se considera una forma válida de expresión de la solicitud de eutanasia. En tanto, 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.</p> <p>Para el caso de la solicitud de eutanasia debe contar con las características de formalización que sean determinadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Artículo (17). Consentimiento para la realización del procedimiento eutanásico. El consentimiento para la realización del procedimiento eutanásico consiste en la aceptación libre, voluntaria y consciente de la persona en pleno uso de sus facultades para que tenga lugar dicho procedimiento. Para tal fin, la persona deberá entender la naturaleza de la decisión tras recibir información sobre los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial.</p> <p>Del consentimiento del paciente para la realización del procedimiento eutanásico, deberá quedar registro en la historia clínica. No es necesario la firma de documentos adicionales ni la formalización de anexos a la historia clínica.</p>

<p>Parágrafo 1. En caso de que el paciente presente un deterioro del estado general o la presencia de condiciones que limiten su competencia mental para dar el consentimiento a causa de la evolución de la condición de salud extrema, podrá actuarse en prevalencia de su autonomía al expresar la solicitud, realizando el procedimiento eutanásico al hacer una revisión rigurosa de que este no optaría por otra alternativa de muerte digna.</p> <p>Parágrafo 2. El documento de voluntad anticipada adecuadamente formalizado se considera una forma válida de consentimiento informado para la realización del procedimiento eutanásico.</p> <p>Artículo (18). Desistimiento. En cualquier momento del proceso de atención y trámite de una solicitud de eutanasia, la persona podrá desistir de la misma y optar por otras alternativas del cuidado integral del proceso de muerte, incluyendo el cuidado paliativo y la adecuación de los esfuerzos terapéuticos.</p> <p>En lo que tiene que ver con el Capítulo tercero, frente al trámite de la solicitud, tal y como se expuso en el apartado de Eutanasia en Colombia, sobre el Manejo de la solicitud de eutanasia de mayores de edad, se reitera la importancia de un proceso asistencial claro, consistente y garante de los derechos de los pacientes, adicionar actividades y modificar las funciones de los profesionales de talento humano en salud, sobre carga a los mismos sin ser garantía de mejorar las condiciones de acceso al procedimiento eutanásico.</p> <p>En lo atinente a los artículos 30 y 31, <i>del trámite de la solicitud y de la recepción de la solicitud</i>, que antes eran parámetros, además de la eliminación del consentimiento sustituto, que afecta lo previsto en el artículo 32, se considera del caso adecuarlos teniendo en cuenta lo ya regulado en el manejo de la solicitud de eutanasia de mayores de edad. Es necesaria la existencia de un proceso asistencial claro, consistente y garante de los derechos de los pacientes, ha de considerarse que, adicionar actividades y modificar las funciones de los profesionales de talento humano en salud, tal y como lo plantea el artículo 31, sobrecarga a los mismos sin ser garantía de mejorar las condiciones de acceso al procedimiento eutanásico; lo mismo que sucede en el artículo 34 en el cual se incluye dar al Comité funciones de valoraciones, generando que este se verifique a sí mismo en su concepto.</p> <p>Propuesta de redacción Artículo 30. De la recepción y trámite de la solicitud. El trámite de verificación contará con un proceso de doble verificación o reiteración de la voluntad del solicitante y de los requisitos establecidos en la presente ley. Se da inicio al mismo con la recepción de la solicitud al médico teniendo en cuenta lo previstos en los artículos 14, 15 y 16.</p>	<p>Cualquier médico de la IPS donde se encuentra el paciente recibiendo las atenciones podrá dar inicio al trámite de la solicitud, después de confirmar que esta es voluntaria, informada, inequívoca y persistente. La recepción de la solicitud debe ser registrada en la historia clínica y reportada en el sistema de reporte de solicitudes, a su vez el profesional de la medicina tendrá que activar el Comité de la IPS, según lo regulado por el Ministerio de Salud y Protección Social</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará la forma en la cual las EAPSB deberán asignar una IPS de su red de prestadores para que en esta sea asignado un médico que de inicio al trámite de la solicitud.</p> <p>Parágrafo 2. Todos los médicos son competentes para recibir una solicitud de eutanasia. La recepción de la solicitud no está reservada ni limitada para los médicos tratantes de la persona ni para especialistas en el diagnóstico que motiva la solicitud.</p> <p>Se solicita retirar el artículo 32, en tanto trata de consentimiento sustituto y en su redacción se contradice la voluntariedad. Sobre el artículo 33, téngase presente:</p> <p>Artículo 33. Deber de información. El médico que recibe la solicitud del paciente deberá suministrar información sobre los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Derecho a la adecuación de los esfuerzos terapéuticos. - Derecho a recibir atención por cuidados paliativos. - Derecho a desistir de la solicitud en cualquier momento. - Proceso de activación del Comité Científico-Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad mediante la eutanasia y que le corresponde a este verificar el cumplimiento de las condiciones de elegibilidad de su solicitud. <p>Sobre el proceso de manejo a cargo del Comité y de otros profesionales se sugiere modificar el artículo 34 y unificar este con el artículo 35, con el objeto de dar claridad al proceso asistencial a los regulados. Adicionalmente, en relación con el artículo 34, se resalta que, sostener la existencia de un nexo causal entre los intensos sufrimientos físicos o psíquicos y la existencia de la enfermedad grave e incurable o de una lesión corporal, es técnicamente imposible, y como se expuso en las condiciones de caracterización del sufrimiento se invalidaría el consentimiento a través de un tercero, por lo que se propone el siguiente texto:</p> <p>Artículo 34. Valoraciones. Las valoraciones para realizar el proceso de evaluación de las condiciones de elegibilidad de la persona que expresa la solicitud, incluyen aquellas que determinen los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacidad y competencia mental. - Evaluación del sufrimiento. - Condición de salud extrema y características de esta.
<p>- Inexistencia de alternativas razonables de tratamiento específico para la enfermedad o alivio de síntomas.</p> <p>La razonabilidad de los tratamientos depende de los principios de proporcionalidad, doble efecto y consecuencias de estos para la persona y lo que considera calidad de vida y dignidad en su condición clínica. La identificación de alternativas razonables debe tener en cuenta la posibilidad del rechazo terapéutico y la posible futilidad de medios, procedimientos o tratamientos</p> <p>El proceso asistencial de realización de valoraciones, y del trámite de verificación a adelantarse por el Comité, tendrá un tiempo máximo de realización de diez (10) días calendario.</p> <p>La reiteración de la decisión ante el Comité, deberá ser indicada por el paciente dentro de los cinco (5) días calendario posteriores a la notificación de la decisión del Comité sobre la solicitud.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará la forma en la cual se realiza el proceso asistencial para la verificación del cumplimiento de las condiciones de elegibilidad para acceder a la eutanasia y dará indicaciones sobre el proceso de verificación a realizar por el comité.</p> <p>Con respecto al artículo 36, si bien se considera imperativo que el PLE cuente con indicaciones sobre los parámetros a tener en cuenta en los casos en los cuales la solicitud de eutanasia no cumpla con las condiciones de elegibilidad incluyendo, el proceso de información sobre las razones por las cuales no cumple con las condiciones de elegibilidad, el proceso para garantizar la adecuación del esfuerzo terapéutico y el proceso de segunda opinión, estas no deberían ir en contravía de la manera en las que estas condiciones deben ser manejadas en con los criterios de constitucionalidad para el manejo de eutanasia, ni del deber de los pacientes de usar con responsabilidad del sistema de seguridad social en salud.</p> <p>Propuesta de redacción Artículo 36. Indicaciones sobre la respuesta negativa del Comité. En reconocimiento a la multidimensionalidad del derecho a morir con dignidad, cuando el Comité identifique que el paciente no cumple con las condiciones de elegibilidad, deberá informar sobre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las razones por las cuales no cumple con las condiciones de elegibilidad. - La adecuación del esfuerzo terapéutico - La posibilidad de una segunda opinión <p>La regulación a emitir por el Ministerio de Salud y Protección Social deberá incluir</p>	<p>indicaciones para el manejo de solicitudes de segunda opinión en los casos de no cumplimiento de elegibilidad por el Comité.</p> <p>Se solicita retirar los artículos 37, reiteración del Consentimiento; 38, desistimiento de la solicitud; 40 aplicación de la muerte médicamente asistida; y 41, pues los elementos descritos en los mismos han sido incluidos en las propuestas de redacción previamente descritas con su debida justificación.</p> <p>Acercar el artículo 39, procurando mayor claridad y articulación con los procesos asistenciales que se encuentran en curso e implementados de manera segura, se recomienda modificar el artículo así:</p> <p>Artículo 39. Programación del procedimiento eutanásico. El procedimiento eutanásico se programará atendiendo la voluntad del paciente, esto incluye fecha y lugar para la realización del procedimiento, en el margen de las garantías de la prestación segura de los servicios de salud. Será función del Comité vigilar que el procedimiento se realice de acuerdo a lo que la persona determine.</p> <p>En cuanto al TÍTULO III, PROCESO PARA ACCEDER AL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE EN LA MODALIDAD DE MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA TRATÁNDOSE DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, se sugiere retirar la información duplicada con respecto a lo delimitado en la ley para mayores de edad y dar indicaciones solo sobre aquellos elementos que diferencian el proceso.</p> <p>En especial debe ser claro, que no podrán adelantarse acciones eugenésicas ni promover el consentimiento sustituto para que quienes estén en ejercicio de derechos de patria potestad decidan terminar con la vida del menor de edad sin que medie el consentimiento de este, en tanto debe ser prioridad para la ley mantener el principio de autonomía y dignidad humana. Adicionalmente, se recomienda especialmente retirar las indicaciones en lo correspondiente a formas matizadas de consentimiento sustituto a través de la formalización de consentimiento a través de terceros en representación de los menores de edad esto incluye a quienes están en ejercicio de los derechos de patria potestad.</p> <p>Ha de insistirse que, tratándose de eutanasia no debe permitirse el consentimiento sustituto en ningún caso, siendo especialmente crítico en el caso de niños, niñas y adolescentes donde este no es considerado absoluto en los procedimientos asistenciales en particular en lo que tiene que ver con la vida y la posibilidad del futuro abierto.</p> <p>Con respecto a las indicaciones sobre DVA en niños, niñas y adolescentes, descritas en</p>

<p>los artículos 55 a 57, se solicita eliminar, en tanto la regulación de los documentos de voluntad anticipada para menores de edad no tendría en principio que contar con medios de formalización diferentes si lo que se está procurando es reconocer su competencia para realizar este tipo de consentimiento proyectados en el tiempo, en cuyo caso estaría fuera del alcance del PLE dar indicaciones diferenciales para todas las dimensiones del derecho fundamental a morir con dignidad a registrarse en los mismos. Se considera que las condiciones establecidas para los adultos, y la reglamentación vigente sobre los mayores de 14 años en la Resolución 2865 de 2018, ya cumple con tal función.</p> <p>Se sugiere, por ende, la siguiente redacción:</p> <p>TÍTULO III. PROCESO PARA ACCEDER AL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE EN LA MODALIDAD DE EUTANASIA TRATÁNDOSE DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES</p> <p>Artículo xx. Reconocimiento del derecho a la morir dignamente 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 eutanasia en los términos previstos en la presente ley y en las normas que la reglamenten.</p> <p>Los niños y niñas entre los cero (0) y los seis (6) años podrán ejercer su derecho a morir dignamente exclusivamente mediante la adecuación del esfuerzo terapéutico o mediante el acceso a cuidados paliativos.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Parágrafo. Se considera excepcional la expresión de una solicitud de eutanasia en los niños y niñas entre los seis (6) y los doce (12) años, por lo cual estos podrán acceder a la eutanasia si es posible verificar que presentan 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.</p>	<p>Artículo xx. Trámite de la solicitud cuando se trata de niños, niñas y adolescentes. Para hacer efectivo el trámite de la solicitud de eutanasia de los niños, niñas y adolescentes, se debe tener en cuenta las características particulares de la toma de decisiones en salud de los menores de edad así como el concepto de muerte según edad evolutiva.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social adoptará reglamentaciones diferenciales, especialmente en lo relacionado con el trámite de la solicitud y la verificación del cumplimiento de las condiciones de elegibilidad.</p> <p>Sobre el TÍTULO IV, CAPÍTULO I, COMITÉ DE EUTANASIA, se sugiere la redacción propuesta más adelante, y se recomienda enfáticamente no dar posibilidad a los miembros del comité de evaluar la pertinencia y conveniencia de la solicitud, en tanto estas son consideraciones que se adelantan en primera persona como un ejercicio individual del paciente quien en ponderación de su condición de salud extrema expresa su preferencia para que sea verificado el cumplimiento de las condiciones de elegibilidad, como tampoco debe darse la posibilidad de que otro haga sus veces, en tanto pudiera incurrirse en trabajos administrativos o pérdida de seguridad y estabilidad del proceso de verificación.</p> <p>En cuanto a los artículos nuevos 71 a 75, que tratan de las funciones, conformación y sesiones del comité, se considera que lo dispuesto en los artículos, se limite a lo planteado a continuación, teniendo en cuenta que el resultado de sostener a servicios limitados supone una desarticulación con los niveles de atención en salud desconociendo la organización de estos. Por otra parte, desconoce que la consulta externa no cuenta con la complejidad necesaria para contar con equipos multidisciplinarios, necesarios para el cuidado integral del paciente que expresa una solicitud de eutanasia. Para el caso del artículo 72, con el propósito de reducir barreras de acceso y teniendo en cuenta la disponibilidad de los profesionales de salud así como la forma en la cual deben desagregarse las funciones de estos según el tipo de pacientes se sugiere acogerse a la siguiente propuesta:</p> <p>Propuesta de redacción Artículo xx. Del Comité de Eutanasia. Las Entidades Administradoras del plan de Beneficios-EAPB deberán contar dentro de su red de prestadores con Instituciones Prestadoras de Salud –IPS que conformen un Comité de Eutanasia.</p> <p>Las EAPB 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</p>
<p>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 eutanasia.</p> <p>Parágrafo 1. El Comité de Eutanasia 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, o la Fiscalía General de la Nación, las secretarías distritales o municipales de salud y las demás autoridades que sean competentes según sea del caso.</p> <p>Parágrafo 2. 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 de eutanasia ese integrante del Comité se encontrará incurso en una causal de conflicto de interés.</p> <p>El integrante del Comité 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 respecto de ese caso concreto.</p> <p>Artículo xx. De la conformación de los Comités de Eutanasia. Las Instituciones Prestadoras de Salud, (IPS) que tengan habilitado servicios con grado de complejidad mediana y alta conformarán, al interior de cada entidad, deberá conformar un Comité de Eutanasia.</p> <p>La IPS que no tenga tales servicios deberá dentro de las primeras veinticuatro (24) horas, poner en conocimiento dicha situación a la Entidad Administradora de Salud (E-APS), Plan de Beneficios - EAPB a la cual está afiliada la persona que solicite el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad, con el propósito de que coordine todo lo relacionado en aras de garantizar tal derecho.</p> <p>Artículo xx. Conformación del comité para casos de mayores de edad. Cada Comité estará conformado por tres (3) integrantes designados por la IPS, así:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un médico con la especialidad del diagnóstico principal que motiva la condición de salud extrema. - Un abogado. - Un psiquiatra o psicólogo clínico. <p>Artículo xx. Conformación del comité para casos de adolescentes y casos</p>	<p>excepcionales de niños y niñas. Cada Comité estará conformado por tres (3) integrantes designados por la IPS, así:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un médico pediatra. - Un médico psiquiatra. - Un abogado. <p>Artículo xx. Funciones de los Comités. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las funciones de los Comités de Eutanasia, incluyendo dentro de las instrucciones la manera en la que se darán sesiones y convocatorias, así como las demás que considere necesarias para la garantía del derecho fundamental a morir con dignidad mediante eutanasia.</p> <p>Sobre la inclusión de los artículos 76 y 77, correspondientes al capítulo, funciones de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), se considera ajustar a la propuesta las funciones vigentes que se han dado en la Resolución 229 de 2020, con respecto a los procesos de información en derechos y ejercicio de los mismos en el final de la vida y sobre las opciones que supone el derecho fundamental a morir dignamente, adicionando aquellas que se dan el orden los criterios definidos en el PLE, así:</p> <p>Artículo 76. Funciones de las IPS. Son funciones de la IPS en relación con la recepción y trámite de la solicitud de eutanasia las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer y disponer todo lo necesario para realizar las evaluaciones y valoraciones para dar curso a la solicitud, sin perjuicio de la voluntad del paciente. - Designar a los integrantes del Comité y garantizar las condiciones para el funcionamiento, y desarrollo de sus funciones. - Comunicarse permanentemente con la EAPB. - Garantizar que al interior de la IPS existan médicos no objetores para la práctica del procedimiento eutanásico. - Facilitar todo lo necesario para el funcionamiento adecuado del Comité. - Capacitar de manera periódica al personal médico asistencial y administrativo de la institución en las modalidades y requisitos para ejercer el derecho a morir dignamente. - Velar por la reserva y confidencialidad de la información que, por causa de sus funciones, deba conocer y tramitar, sin perjuicio de las excepciones legales. El tratamiento de los datos personales deberá estar sujeto al marco jurídico de la protección de estos. <p>Artículo 77. Establecimiento de procesos internos para el manejo de la solicitud de eutanasia. Todas las IPS que deban conformar los Comités para el trámite de las solicitudes de eutanasia tendrán 6 meses a partir de la entrada en vigor de la presente ley para contar con procesos internos con sus debidos soportes.</p>

De la misma manera que se dan recomendaciones sobre las funciones de las IPS se propone, en aras de dar articulación al funcionamiento de la prestación de servicios relacionados con el manejo de la solicitud de eutanasia, la siguiente redacción, en la cual se unifican los artículos 78 y 79.

Artículo 78. Funciones de las EAPB. Las EAPB o quien haga sus veces tendrán las siguientes funciones:

- Asegurar la comunicación permanente con los miembros del Comité para conocer las decisiones que se adopten.
- Tramitar con celeridad los requerimientos que le sean formulados por parte de las IPS o por parte de sus usuarios.
- Coordinar las actuaciones para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia. Incluyendo garantizar la comunicación y coordinación de los Comités de su red.
- Garantizar el trámite para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia cuando el caso se presente en las IPS que no tengan los servicios de que trata el artículo de conformación del comité
- Garantizar la disponibilidad de prestadores que cuenten con los servicios necesarios para dar trámite a la solicitud y a las evaluaciones y valoraciones necesarias.
- No interferir, en ningún sentido, en la solicitud o decisión que adopte el paciente en relación con el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia mediante actuaciones o prácticas que la afecten o vicíen.
- Contar en su red prestadora de servicios con profesionales de la salud idóneos y suficientes para atender los requerimientos que puedan surgir en relación con la garantía del procedimiento eutanásico.
- Informar y comunicar a sus afiliados sobre las redes de prestadores de servicios de salud que pueden dar manejo a una solicitud de eutanasia teniendo en cuenta la complejidad de los servicios.
- Garantizar durante las diferentes fases del proceso de atención, tanto al paciente como a su familia la ayuda psicológica y médica, de acuerdo con la necesidad.
- Garantizar toda la atención en salud derivada del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, atendiendo los criterios para el manejo de la solicitud de eutanasia.
- Tramitar con celeridad las solicitudes de las personas afiliadas y pacientes que pretendan hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia.
- Velar por la reserva y confidencialidad de la información que, por causa de sus funciones, deba conocer y tramitar, sin perjuicio de las excepciones legales. El tratamiento de los datos personales deberá estar sujeto al marco jurídico de la protección de estos.

- Contar con una ruta interna de procesos y procedimientos para el cumplimiento de las funciones descritas en el presente artículo.

Teniendo en cuenta que el proceso de reporte ya se encuentra establecido en la regulación vigente y cuenta con un aplicativo web para el registro de las solicitudes, se sugiere la siguiente redacción para acoger lo dispuesto en el capítulo IV:

Artículo 79. Reportes de la recepción, trámite y realización de la eutanasia. Se contará con un Sistema de Reporte de Solicitudes y Casos de eutanasia. Para lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social, deberá actualizar el proceso de reporte teniendo en cuenta lo establecido en la presente ley y definiendo los responsables de cada momento del reporte, así como la información a registrar en el mismo.

El registro de la información en el Sistema de Reporte, y el uso de la misma deberá cumplir con las normas vigentes en materia de seguridad de la información de datos sensibles y protección de datos personales, y la confidencialidad de la historia clínica.

Sobre lo indicado en el artículo 83, se dan funciones de seguimiento y control al Ministerio de salud sobre el trámite de la solicitud, lo cual excede su capacidad misional y operativa.

En relación al artículo 85, se considera importante tener en cuenta que no corresponde ni es del caso que la información sensible de datos en salud se organice de manera estructurada frente a las variables ya establecidas de manera general para el Sistema de Reporte de Solicitudes. En consecuencia, se sugiere:

Artículo 80. Información pública sobre eutanasia. De acuerdo con sus competencias el Ministerio de Salud y Protección Social, y la Superintendencia Nacional de Salud, publicarán de manera semestral al menos la siguiente información:

1. Datos de caracterización general de las solicitudes y casos de eutanasia.
2. Información sobre las redes de prestadores de las EAPBs que cuentan con Comités para el trámite de las solicitudes de eutanasia.
3. Información sobre las solicitudes y quejas recibidas y procedimientos administrativos sancionatorios adelantados y finalizados con ocasión de solicitudes de eutanasia y procedimientos eutanásicos.

En relación a la sección de objeción de conciencia, se sugiere tener presente que este es el resultado de una tensión entre el cumplimiento de la norma y la conciencia del médico, en consecuencia, es importante mantener limitada la posibilidad de esta opción para la realización del procedimiento eutanásico, así como para la participación en los

comités, sin extenderlo a objetar el derecho a la información sobre las opciones del derecho fundamental a morir dignamente. Es diferente a la presencia de conflictos de intereses y no debe confundirse la misma en la redacción del articulado. Por otra parte, la redacción no es clara, hace referencia a la objeción en médicos que reciben la solicitud, como información por escrito a paciente y familiares, quienes no son los llamados a ajustar los procesos para que al momento de ser programado el procedimiento sea designado personal no objetor, adicionalmente el artículo desconoce el proceso asistencial del trámite de la solicitud. Se propone la siguiente redacción.

Artículo xx. Objeción de conciencia. Los médicos que puedan ser llamados para la realización del procedimiento eutanásico podrá expresar su objeción de conciencia respecto de la realización del procedimiento por considerarlo incompatible con sus convicciones morales, filosóficas.

La existencia de objeción de conciencia deberá comunicarse de manera escrita y debidamente motivada al Comité de Eutanasia de la Institución Prestadora de Salud para que no sea requerido a realizar el procedimiento.

En tal caso, la IPS donde se tramita el caso o la EPS correspondiente, debe garantizar antes de 24 horas la disponibilidad de un médico no objetor para la realización del procedimiento de eutanasia en el momento en que el paciente lo defina.

Artículo xx. Objeción de conciencia institucional. En ningún caso se tendrá como válida la objeción de conciencia institucional por parte de las EPBS ni de IPS, ni por parte de otras personas jurídicas encargadas de prestar servicios de salud o pertenecientes al sistema de salud.

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 ser objetores conciencia.

En lo que tiene que ver con el TÍTULO V, DISPOSICIONES FINALES, CAPÍTULO I, GARANTÍAS JURÍDICO PENALES, se estima integrar los artículos 88 y 89 de la propuesta en un solo texto, así:

Artículo X. 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 el presente artículo no aplicarán al 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 a través de eutanasia, siempre que se cumpla con las condiciones y requisitos contemplados en la ley estatutaria y las demás normas que regulen la materia.

Además de adecuar la terminología, no se considera del caso reiterar la exclusión de responsabilidad penal.

Frente al Capítulo II, artículo 90, no se debe desconocer que el cuidado integral del paciente hace parte de las atenciones incluidas en el plan de beneficios en salud y que hace parte de lo definido en la UPC

3. CONCLUSIÓN

De manera general, y atendiendo a la revisión hecha a lo largo de este documento, se estima que si bien es importante y necesario contar con una ley que de manera específica regule la materia, concretamente sobre la eutanasia, se plantean varios comentarios y ajustes sustanciales al contenido, los cuales se enunciaron respecto de cada uno de los artículos que implican una transformación del mismo (Cfr. sección 4 y subsecciones 4.1 y 4.2). De no ser tenidas en cuenta las observaciones de este pronunciamiento, continuar con el curso legislativo devendría inconveniente al tiempo que se hacen perceptibles visos de inconstitucionalidad. En efecto, al tratarse de un proyecto de ley de carácter estatutario tendrá una revisión previa de la Corte Constitucional de conformidad con el artículo 153 superior.

En estos términos, se presenta la posición del Ministerio de Salud y Protección Social en lo relativo a la iniciativa de la referencia.

Atentamente,


DIANA CAROLINA CORCHO MEJÍA
Ministra de Salud y Protección Social