



PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA N° ___ de 2020

“Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a morir con dignidad, a través de la eutanasia, y se dictan otras disposiciones”

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. *Objeto.* La presente ley estatutaria tiene por objeto establecer los parámetros, criterios y requisitos para el ejercicio del derecho a morir con dignidad, a través de la eutanasia de adolescentes y mayores de edad que, con diagnóstico de enfermedad terminal que le produzca sufrimientos, manifiesten su voluntad de adelantar el momento de muerte. Así mismo, determina las actuaciones para que las personas relacionadas con la atención y cuidado del final de la vida puedan prestar los servicios necesarios y puedan atender los requerimientos relacionados con el trámite de las solicitudes de eutanasia.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.* La presente ley estatutaria se aplica a adolescentes y mayores de edad domiciliados 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.

Parágrafo. Para el ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de eutanasia, se requiere contar con domicilio ininterrumpido en el territorio colombiano de 1 año.

Artículo 3. *Principios para la garantía del derecho.* Para efectos de la presente ley estatutaria y la garantía del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, se requiere del reconocimiento de los principios de autonomía y dignidad humana para el ejercicio de toma de decisiones al final de la vida, definidos de la siguiente manera:

3.1. *Principio de Dignidad Humana:* es el principio que le permite a la persona definir y determinar lo que es adecuado o no para sí misma. Como principio se consolida en el ejercicio de derechos fundamentalmente reconocidos, especialmente el de libre desarrollo de la personalidad, lo cual le permite, en función de su autonomía, tomar decisiones para determinarse y gobernarse según su identidad y marco de valores personales.



- 3.2. *Principio de Autonomía:* la autonomía es el principio que le permite a la persona autodeterminarse según su identidad, características, valores personales, creencias, necesidades y capacidades. Es el principio que faculta a la persona de autogobierno, para expresar una decisión desde la intención sobre lo que considera su propio bien.

Artículo 4. Derecho a morir con dignidad. Es el derecho a través del cual una persona, en ejercicio de su autonomía, toma decisiones sobre lo que considera digno respecto a establecer preferencias sobre su cuidado al final de la vida.

El ejercicio del derecho a morir con dignidad garantiza a la persona 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 o por medio de la eutanasia, según considere adecuado para sí mismo.

Artículo 5. Definiciones. Para el ejercicio del derecho a morir con dignidad, a través de la eutanasia, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

- 5.1. *Cuidados Paliativos:* son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, enfermedad incurable avanzada, degenerativa o irreversible, donde el control del dolor y otros síntomas, requieren atención integral respecto de elementos físicos, psicológicos, emocionales, sociales y espirituales, durante la enfermedad y el duelo.

El cuidado paliativo apropiado debe ser activo y total para el manejo de síntomas angustiantes y, su objetivo es el de lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia, no es exclusivo del cuidado al final de la vida, e incluye el manejo de los síntomas angustiantes, la provisión de descansos cortos durante los tratamientos, la readecuación de los esfuerzos terapéuticos, la toma de decisiones sobre el cuidado, la planificación del final de la vida y los cuidados durante el proceso de muerte y el duelo.

- 5.2. *Comités Científico-Interdisciplinarios:* comités encargados de verificar el cumplimiento de requisitos y validar las solicitudes de eutanasia tanto para mayores de edad como para adolescentes. Su actuación es posterior a las valoraciones del médico tratante o atención por equipos interdisciplinarios, y no corresponde a estos realizar las valoraciones específicas para establecer el cumplimiento de los requisitos, sino actuar como una segunda instancia de verificación de los mismos, para lo cual puede valorar directamente al solicitante y entrevistarse con su familia.
- 5.3. *Diagnóstico de enfermedad terminal:* se considera enfermedad terminal a aquella médicamente comprobada, avanzada y progresiva que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de cura o ausencia de resultados con los mejores tratamientos específicos disponibles, que provoca síntomas intensos, múltiples e intratables que generan sufrimiento físico-psíquico y cuyo pronóstico de vida es inferior a seis (6) meses.



- 5.4. *Eutanasia*: es el procedimiento médico en el cual se induce la muerte de forma anticipada a una persona con diagnóstico de enfermedad terminal que le genera sufrimiento, tras la solicitud voluntaria, informada e inequívoca de la persona, o por la voluntad anticipada de la misma.
- 5.5. *Recepción del Cuidado Paliativo*: se define como aquella atención efectiva de alivio de síntomas del paciente 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 sus familiares, por parte de un equipo de salud integral durante la enfermedad, el proceso de muerte y el duelo.
- 5.6. *Sufrimiento*: en el contexto de una enfermedad terminal es aquel padecimiento sin posibilidad real o razonable de alivio, que a juicio del propio paciente es de tal magnitud que se hace incompatible con su idea de dignidad y de vida. El tipo e intensidad de la aflicción es inconmensurable al punto que la existencia no se justifica como un bien.
- 5.7. *Voluntad Anticipada*: declaración unilateral, autónoma y libre, sobre las preferencias al final de la vida que sean relevantes para el marco de valores personales de quien la expresa, dicha manifestación cumple con la función de ser utilizada en caso de que la persona se encontrase en una condición en la que no pueda manifestar consentimiento o rechazo.

La voluntad anticipada funciona como una proyección de posibles decisiones para ejercer la autonomía con base a lo que se considera digno o no para el proceso de muerte, y surgen de un proceso de ponderación del mejor interés personal.

- 5.8. *Voluntariedad*: la solicitud de eutanasia debe ser siempre libre, informada e inequívoca, propia y personalísima, presentada de forma expresa y reiterada en el tiempo para que pueda considerarse viable. Para expresar una solicitud voluntaria de eutanasia la persona con diagnóstico de enfermedad terminal debe contar con capacidad de comprender la situación en que se encuentra y las consecuencias de su decisión.

Tanto la solicitud como el consentimiento libre implican que no existen presiones o coacción de terceros sobre la decisión y que se ha dado posterior a un ejercicio de información objetiva, completa y necesaria.

Artículo 6. *Criterios de la garantía del ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia.* El ejercicio del derecho se garantizará a través de los siguientes criterios:

- 6.1. Prevalencia de la autonomía del paciente. Quienes intervengan para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de eutanasia deberán analizar los casos atendiendo siempre a la voluntad del paciente. Solo bajo situaciones objetivas e imparciales, se podrá controvertir esa manifestación de la voluntad.



- 6.2. Celeridad. Las personas relacionadas con la atención y cuidado del final de la vida 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.
- 6.3. Oportunidad. Implica que la voluntad del sujeto sea cumplida dentro de los plazos establecidos.
- 6.4. 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. En consecuencia, sin perjuicio de la objeción de conciencia, no podrán argüir cualquier clase de motivación subjetiva.
- 6.5. 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.

Artículo 7. *Requisitos para el ejercicio del derecho.* Son requisitos para materializar el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia la presencia y concurrencia de los siguientes:

7.1 Requisitos para expresar una solicitud:

- 7.1.1 Existencia de un diagnóstico de enfermedad terminal.
- 7.1.2 Presencia de sufrimiento secundario al diagnóstico de enfermedad terminal.
- 7.1.3 Existencia de solicitud voluntaria de adelantar el momento de muerte a través de eutanasia.
- 7.1.4 Recepción de cuidados paliativos.

7.2 Requisitos para dar trámite a una solicitud:

- 7.2.1 La conformación de un comité para que sea evaluada y validada la solicitud de eutanasia.
- 7.2.2 El respeto por la autonomía y dignidad de la persona que solicita la eutanasia.
- 7.2.3 El cumplimiento a los criterios de celeridad, oportunidad, imparcialidad y gratuidad.

Artículo 8. *Documento de Voluntad Anticipada - DVA.* Es aquel documento en el que toda persona capaz, 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.

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

Parágrafo 1. El Documento de Voluntad Anticipada garantiza el derecho a la dignidad humana y a la autonomía de la persona que lo suscriba y que posteriormente se encuentre, por diversas circunstancias y en determinado momento, en imposibilidad de manifestar su voluntad. En todo caso, no suplanta 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.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los requisitos y formas de realización de este documento con el fin de que sea tenido en cuenta como una forma de solicitud voluntaria de eutanasia.

Artículo 9. *Consentimiento sustituto.* El consentimiento para realización del procedimiento se otorga a través de la solicitud autónoma y de su reiteración en el tiempo. La solicitud voluntaria solo se reconocerá como tal, siempre que se pueda verificar que es libre, informada e inequívoca en cumplimiento a los principios para la garantía del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia. Por ello, no se admitirá el consentimiento sustituto para la solicitud de eutanasia.

Artículo 10. *Sujetos de exclusión para la solicitud de eutanasia.* Se excluyen de la posibilidad de presentar una solicitud para el procedimiento eutanásico, las siguientes personas:

- 10.1. Recién nacidos y primera infancia, así como niños y niñas hasta los 12 años.
- 10.2. Personas con discapacidades intelectuales que no puedan dar un consentimiento cualificado.
- 10.3. Personas con trastornos psiquiátricos diagnosticados que alteren la competencia para entender, razonar y emitir un juicio reflexivo.
- 10.4. Personas que no cuenten con diagnóstico de enfermedad terminal.

Parágrafo. Se considera, para efectos de la presente ley estatutaria, que el consentimiento cualificado es aquel que da una persona en desarrollo de su autonomía, y que, en uso de una capacidad intelectual suficiente, comprende la naturaleza de la decisión y las consecuencias de esta, tras haber recibido información seria, fiable y precisa.



TÍTULO II

DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD A TRAVÉS DE EUTANASIA DE LOS MAYORES DE EDAD

Capítulo I

Del procedimiento para acceder a la eutanasia en el caso de mayores de edad

Artículo 11. *Sobre la recepción de la solicitud.* Toda persona mayor de edad, capaz, que tenga un diagnóstico de enfermedad terminal y que presente sufrimiento secundario a dicho diagnóstico, podrá de forma voluntaria solicitar a su médico tratante la aplicación del procedimiento eutanásico.

Tras la recepción de una solicitud de eutanasia, verbal o escrita el médico tratante debe revisar que la solicitud sea voluntaria, informada e inequívoca.

En el caso de una solicitud de eutanasia a través de un DVA, el médico tratante deberá revisar que se encuentre descrita la voluntad de forma específica, clara, expresa e inequívoca en el documento y que este cumpla con los contenidos mínimos previstos por la regulación vigente.

Parágrafo. En caso de ser necesario, se deben proveer los apoyos y realizar los ajustes razonables a la persona que los requiera para que pueda comunicar su decisión.

Artículo 12. *Información a la persona que solicita eutanasia.* Una vez recibida y revisada la solicitud, el médico tratante deberá brindar inmediatamente información al paciente, y en caso de que él lo manifieste, a su familia, dejando registro en la historia clínica, sobre:

- 12.1. El pronóstico de la enfermedad.
- 12.2. Las posibilidades de tratamientos razonables incluidas las medidas de alivio sintomático.
- 12.3. Su derecho a que sean reorientados los esfuerzos terapéuticos y al establecimiento de nuevos objetivos terapéuticos.
- 12.4. El derecho a recibir atención por cuidados paliativos o a desistir de estos.
- 12.5. El derecho a desistir en cualquier momento de la solicitud de que le sea practicada la eutanasia.

Si tras informar al paciente, se mantiene en su intención, este deberá suscribir un documento en el conste la solicitud clara, expresa e inequívoca de anticipación de muerte.

En caso de que la solicitud haya sido expresada a través de un DVA el médico tratante deberá dar la información antes enumerada a quien presenta el DVA, o a la persona designada en este.



Parágrafo. De ser mantenida la solicitud, o estar expresada en un DVA, el médico deberá reportar la solicitud a la Superintendencia Nacional de Salud para que ingrese en el proceso de seguimiento establecido y reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 13. *Establecimiento de los requisitos para expresar una solicitud.* En caso de que el paciente mantenga su solicitud tras recibir la información contenida en el artículo anterior, o se haga llegar la solicitud mediante DVA, se deberá dar información sobre el proceso clínico de las evaluaciones y valoraciones correspondientes que determinarán:

- 13.1. Presencia del diagnóstico de enfermedad terminal.
- 13.2. Recepción de cuidados paliativos.
- 13.3. Evaluación del sufrimiento.
- 13.4. Capacidad mental.

Para el caso de evaluación de capacidad mental frente a un DVA, se verificará la indicación contenida en dicho documento, que manifieste que al momento de suscribirlo se encontraba en pleno uso de su facultad mental y libre de toda coacción e informado de las implicaciones de la declaración.

En el evento de registro en el DVA de rechazo o desistimiento específico, claro, expreso e inequívoco sobre la recepción de cuidados paliativos, la valoración de recepción de cuidados paliativos no tendrá que ser incluida.

Parágrafo 1. Una vez formalizada la solicitud tras recibir la información contenida en el artículo 12, el médico y el equipo interdisciplinario tratante si es el caso, tendrán quince (15) días calendario para cumplir con lo previsto en el presente artículo en cumplimiento de los requisitos para dar trámite a una solicitud.

Parágrafo 2. En el evento de que la persona no supiere o pudiese suscribir la solicitud, esta se hará a ruego ante dos testigos imprimiéndose la huella dactilar o plantar del otorgante, acorde con lo previsto en el artículo 826 del Decreto 410 de 1971. Igualmente, previa valoración de la capacidad, se tendrán como válidas las manifestaciones de voluntad expresadas a través de grabaciones magnetofónicas, videograbaciones o mediante el empleo de otros medios tecnológicos en los términos del artículo 243 de la Ley 1564 de 2012.

Parágrafo 3. En caso de presentarse controversia sobre presencia del diagnóstico de enfermedad terminal o de la competencia mental, se podrá pedir una segunda opinión o el concepto de un grupo con experticia específica en la valoración que requiere la segunda opinión.

Artículo 14. *Presentación de la petición ante el Comité.* El médico tratante, una vez se inician las valoraciones de las que trata el artículo 13, debe notificar de la solicitud al Comité Científico-Interdisciplinario para revisar y validar las solicitudes de eutanasia de los mayores de edad.



Una vez establecido el cumplimiento de los requisitos señalados en el artículo 13 y en cumplimiento a los criterios contenidos en el artículo 6 de la presente ley estatutaria, el médico tratante presentará el caso ante el Comité de la institución donde es tratado el paciente. Para ello adjuntará copia de la historia clínica y todos aquellos documentos que considere pertinentes para sustentar la petición.

El Comité, dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la presentación de la petición, analizará y verificará el cumplimiento de los requisitos e informará al médico tratante sobre el concepto emitido.

Artículo 15. *Deber de informar al paciente.* Una vez notificado el cumplimiento de los requisitos por parte del Comité, el médico tratante informará de manera inmediata a la persona que solicita la eutanasia el sentido del concepto emitido en relación con la realización del procedimiento de anticipación de la muerte.

Si el concepto sobre la solicitud es favorable y el paciente persiste en su decisión, la persona deberá reiterar su voluntad, dicha reiteración deberá registrarse en la historia clínica.

Artículo 16. *Programación del procedimiento eutanásico.* Una vez notificado por el médico el concepto favorable del procedimiento eutanásico, este se realizará de acuerdo con los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en la fecha concertada con la persona que solicita el procedimiento o quien haya sido designado para tal fin en el DVA.

Artículo 17. *Desistimiento de la solicitud de eutanasia.* En cualquier momento del trámite, y hasta antes de la práctica del procedimiento eutanásico, el paciente podrá desistir de la decisión y optar por otras alternativas, para lo cual siempre se ofertará y garantizará la atención por cuidados paliativos. El desistimiento es exclusivo del solicitante y en ningún caso podrá hacerlo un tercero, ni tampoco la persona que presente un DVA.

Capítulo II

De los Comités Científico-Interdisciplinarios para revisar y validar las solicitudes de eutanasia de los mayores de edad

Artículo 18. *Organización de los Comités Científico-Interdisciplinarios para revisar y validar las solicitudes de eutanasia de mayores de edad.* Las Instituciones Prestadoras de Salud - IPS- que cuenten con servicios con grado de complejidad mediana y alta conformarán, al interior de cada entidad, un Comité Científico-Interdisciplinario para revisar y validar las solicitudes de eutanasia de los mayores de edad.

Parágrafo. Las IPS que no tengan tales servicios habilitados y reciban una solicitud de eutanasia deberán, de forma inmediata, poner en conocimiento dicha situación a la Entidad Administradora de Planes de Beneficios -EAPB- del afiliado que solicita el procedimiento, con el propósito de que coordine todo lo relacionado en aras de garantizar el ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia en cumplimiento a los criterios establecidos en la presente ley y a los requisitos para dar trámite a una solicitud de eutanasia.



Artículo 19. Conformación del Comité. Cada Comité estará conformado por tres (3) integrantes que deben tener los siguientes perfiles profesionales:

19.1. Un médico con la especialidad de la patología que padece la persona, diferente al médico tratante.

19.2. Un abogado.

19.3. Un psiquiatra o psicólogo clínico.

Tales profesionales serán designados por la respectiva IPS. En caso de que no se cuente con psicólogo especializado, podrá integrar el comité un psicólogo con por lo menos dos (2) años de experiencia en atención clínica a pacientes.

Parágrafo. Los integrantes del Comité no podrán ser objetores de conciencia para la realización de procedimientos eutanásicos, condición que se declarará en el momento de la conformación del mismo. Así mismo, deberán manifestar, en cada caso, los conflictos de intereses que puedan afectar las decisiones que deban adoptar.

Parágrafo 2. La participación de los integrantes del Comité es indelegable. No obstante, por razones de fuerza mayor, caso fortuito o por existencia de conflictos de intereses manifiesta, la IPS o EAPB deberá designar, de manera inmediata, el profesional o los profesionales de reemplazo del respectivo perfil.

Artículo 20. Funciones. El Comité tendrá las siguientes funciones:

20.1. Recibir la notificación del médico tratante sobre la solicitud y persistencia de la misma, indicando que se iniciará el proceso de valoraciones para su posterior presentación.

20.2. Revisar que el médico tratante y el equipo de atención integral de la IPS hayan cumplido con la verificación de los requisitos y principios que consolidan una solicitud antes de llevar la petición al Comité.

20.3. Verificar que se le haya informado al paciente de su derecho a desistir de la solicitud en cualquier momento.

20.4. Verificar si a la persona que expresó la solicitud se le ofreció o está recibiendo cuidados paliativos, e identificar si dentro de estos el paciente fue sujeto o no de readecuación del esfuerzo terapéutico.

20.5. Verificar que la persona expresó la solicitud de forma persistente durante el proceso de valoraciones.

20.6. Registrar en el acta, de forma clara, las razones del cumplimiento o incumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 13.



- 20.7. Avisar al médico tratante que se cumplieron los presupuestos contenidos en el artículo 13 y solicitar que, dentro de un plazo no superior a las veinticuatro (24) horas siguientes informe al paciente que se concertará una fecha para la realización del procedimiento de acuerdo con su preferencia, y del derecho a desistir en cualquier momento del mismo.
- 20.8. En el evento de no cumplirse con los presupuestos contenidos en el artículo 13, informar al médico tratante las razones por las que la petición no fue favorable.
- 20.9. Vigilar que el procedimiento se lleve a cabo en el menor tiempo posible, de acuerdo con lo concertado con la persona que solicitó la eutanasia.
- 20.10. Garantizar la imparcialidad de quienes intervienen en el proceso, para lo cual deberá realizar las verificaciones que sean del caso.
- 20.11. Suspender tanto el trámite de petición como el procedimiento eutanásico, en caso de detectar alguna irregularidad y poner en conocimiento de las autoridades competentes la posible comisión de una falta o de un delito, si a ello hubiere lugar.
- 20.12. Revisar que la institución donde se está atendiendo a la persona que solicitó la eutanasia garantice el acompañamiento y atención pertinente al paciente y a su red de apoyo durante la validación de la petición y la realización del procedimiento.
- 20.13. Remitir al Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los treinta (30) días siguientes a la realización del procedimiento eutanásico, toda la información de que trata el artículo 34 de la presente Ley estatutaria.
- 20.14. Velar por la reserva y confidencialidad de la información que, con ocasión de sus funciones, deba conocer y tramitar, sin perjuicio de las excepciones legales o de los requerimientos realizados por autoridades judiciales y de control. El tratamiento de los datos personales deberá estar sujeto al marco jurídico de la protección de estos.
- 20.15. Informar a la EAPB a la cual esté afiliada la persona de todas las actuaciones que se adelanten dentro del procedimiento para hacer efectiva la solicitud de eutanasia y mantenerse en contacto permanente con la misma.
- 20.16. Cuando se presente objeción por parte del médico que debe practicar el procedimiento, ordenar a la institución responsable de la persona que solicitó la eutanasia, la designación, en un término máximo de 24 horas, de un médico no objetor.
- 20.17. El secretario técnico del Comité debe notificar a la Superintendencia Nacional de Salud sobre el estado de la solicitud, de forma posterior a la notificación del médico tratante y una vez se inician las valoraciones de las que trata el artículo 13.



20.18. Designar el secretario técnico y darse su propio reglamento.

TÍTULO III

DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD A TRAVÉS DE EUTANASIA DE LOS ADOLESCENTES

Capítulo I

Del procedimiento para acceder a la eutanasia en el caso adolescentes

Artículo 21. *Sobre la recepción de la solicitud en el caso de adolescentes.* Todo adolescente, mayor de 12 años y menor de 18 años, que tenga un diagnóstico de enfermedad terminal y que presente sufrimiento secundario a dicho diagnóstico, podrá de forma voluntaria solicitar a su médico tratante la aplicación del procedimiento eutanásico.

Tras la recepción de una solicitud de eutanasia, verbal o escrita el médico tratante debe revisar que la solicitud sea libre, informada e inequívoca.

En el caso de una solicitud de eutanasia a través de un DVA, el médico tratante deberá revisar que se encuentre descrita de forma específica, clara, expresa e inequívoca y que este documento cumpla con los contenidos mínimos previstos por la regulación vigente.

Parágrafo. En caso de ser necesario se deben proveer los apoyos y realizar los ajustes razonables a la persona que los requiera para que pueda comunicar su decisión.

Artículo 22. *Información al adolescente que solicita eutanasia.* Una vez recibida la solicitud el médico tratante deberá, inmediatamente, brindar información sobre:

- 22.1. El pronóstico de la enfermedad.
- 22.2. Posibilidades de tratamientos razonables incluidas las medidas de alivio sintomático.
- 22.3. Su derecho a que sean reorientados los esfuerzos terapéuticos y al establecimiento de nuevos objetivos terapéuticos.
- 22.4. El derecho a recibir atención por cuidados paliativos o a desistir de estos.
- 22.5. El derecho a desistir de su solicitud de que le sea practicada la eutanasia.

Si tras ser informado, el adolescente manifiesta que mantiene su solicitud, este deberá suscribir un documento en el que conste de forma clara y expresa la solicitud libre, informada e inequívoca de que le sea practicada la eutanasia. Para el caso de los adolescentes entre 12 años y 14 años la suscripción se hará en concurrencia con quien esté en ejercicio de los derechos de patria potestad; dicha concurrencia hace referencia a que en reconocimiento al interés superior del adolescente se está de acuerdo con la solicitud.



En caso de que la solicitud haya sido expresada a través de un DVA el médico tratante deberá dar la información antes enumerada a quien presenta el DVA, o a la persona designada en este.

Parágrafo 1. La información descrita se presentará de la misma forma a quienes se encuentren en ejercicio de los derechos de patria potestad, cuidadores, representantes legales o las personas de red de apoyo que el adolescente considere necesario.

Parágrafo 2. De ser mantenida la solicitud, el médico deberá reportar la solicitud a la Superintendencia Nacional de Salud para que ingrese en el proceso de seguimiento establecido y reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 23. *Establecimiento de los requisitos para expresar una solicitud en el caso de adolescentes.* En caso de que el o la adolescente mantenga su solicitud tras recibir la información contenida en el artículo anterior, se deberá dar información sobre el proceso clínico de las evaluaciones y valoraciones correspondientes. Igualmente, se deberá evaluar si el paciente se beneficia de la readecuación del esfuerzo terapéutico o de nuevos objetivos de cuidado y alivio sintomático, las cuales se pondrán en práctica sin perjuicio de la solicitud.

Para realizar el proceso clínico de evaluaciones y valoraciones, el médico tratante deberá valorar directamente los requisitos relacionados con la condición médica y las manifestaciones de sufrimiento y convocar a los profesionales con capacidades técnicas pertinentes con el propósito de:

- 23.1. Establecer el diagnóstico de enfermedad terminal.
- 23.2. Evaluar la concurrencia de las aptitudes del adolescente para la toma de decisiones en el ámbito médico e identificar y proveer los apoyos y ajustes razonables al adolescente que los requiera para comunicar su decisión.
- 23.3. Valorar la manifestación de sufrimiento secundario al diagnóstico de enfermedad terminal. El registro en la historia clínica sobre la manifestación de sufrimiento debe hacerse en forma clara y concisa describiendo el tipo de sufrimiento que lleva a la solicitud, de acuerdo con la expresión del solicitante e incluyendo la percepción del médico tratante, las interconsultas o valoraciones realizadas.
- 23.4. Valorar la competencia legal y mental, así como la condición psicológica y emocional para concurrir de quienes se encuentren en ejercicio de los derechos de patria potestad del adolescente cuando sea necesaria la concurrencia. Para los casos en los que no se requiere concurrencia deberá evaluarse la condición psicológica y emocional para acompañar el proceso sin perjuicio de la prevalencia de la autonomía del adolescente.
- 23.5. Descartar la presencia del síndrome de cuidador cansado, así como la presencia de posibles conflictos de intereses o ganancias secundarias de quienes ejerzan la patria potestad.



23.6. Valorar si la primera solicitud se mantiene al momento de llevar la petición ante el Comité. La persistencia de la solicitud puede darse durante las diferentes valoraciones del paciente en su proceso de atención y debe quedar registrada en la historia clínica por parte del profesional de la salud que la haya recibido.

Una vez realizada la reorientación del esfuerzo terapéutico e iniciadas las valoraciones el médico y el equipo interdisciplinario tratante tendrán quince (15) días calendario para cumplir con lo previsto en el presente artículo.

Parágrafo 1. En el evento de que el o la adolescente no supiere o pudiese suscribir la solicitud, esta se hará a ruego ante dos testigos imprimiéndose la huella dactilar o plantar del otorgante, acorde con lo previsto en el artículo 826 del Decreto 410 de 1971. Igualmente, previa valoración de la capacidad, se tendrán como válidas las manifestaciones de voluntad de los adolescentes expresadas a través de grabaciones magnetofónicas, videograbaciones o mediante el empleo de otros medios tecnológicos en los términos del artículo 243 de la Ley 1564 de 2012.

Parágrafo 2. En caso de presentarse controversia sobre el diagnóstico de enfermedad terminal o de la presencia de las aptitudes del adolescente para la toma de decisiones en el ámbito médico, se podrá pedir una segunda opinión o el concepto de un grupo con experticia específica en la valoración que requiere la segunda opinión, con el objetivo de proteger el interés superior del adolescente.

Artículo 24. *Concurrencia para la solicitud de eutanasia de un adolescente.* La concurrencia comprende la situación de quien está en ejercicio de los derechos de patria potestad para concurrir en la solicitud de eutanasia de adolescentes. Se regirá por el principio de interés superior del menor de edad, de la siguiente forma:

24.1. De los 12 años hasta cumplir los 14 años, es obligatorio contar con la concurrencia de quien ejerce la patria potestad del adolescente.

24.2. De los 14 años hasta cumplir los 18 años de edad no es obligatorio contar con la concurrencia de quien ejerza la patria potestad del adolescente. No obstante, siempre se informará a quien la ejerza sobre la decisión adoptada por el paciente o de ser el caso a cuidadores o representantes legales y a las personas de red de apoyo que el adolescente considere necesario.

La concurrencia se podrá expresar válidamente, siempre que se haya superado la evaluación relacionada con las condiciones psicológicas, emocionales y de competencia legal y mental de quien concurre en ejercicio de los derechos de patria potestad.

Parágrafo. Para los casos establecidos en la presente ley, aplican las disposiciones contenidas en los artículos 288, 310, 312 y 315 del Código Civil relacionadas con la patria potestad.



Artículo 25. *Presentación de la petición ante el Comité.* El médico tratante, una vez se inician las valoraciones de las que trata el artículo 23, debe notificar de la solicitud al Comité Científico-Interdisciplinario para revisar y validar las solicitudes de eutanasia de los adolescentes.

Una vez establecido el cumplimiento de los requisitos señalados en los artículos 23 y 24 si corresponde, y en cumplimiento a los criterios establecidos por el artículo 6 de la presente ley estatutaria, el médico tratante presentará el caso ante el Comité de la institución donde es tratado el paciente, para ello adjuntará copia de la historia clínica y todos aquellos documentos que considere pertinentes para sustentar la petición.

El Comité, dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la presentación de la petición, analizará y verificará el cumplimiento de los requisitos e informará al médico tratante sobre el concepto emitido.

Artículo 26. *Deber de informar.* Una vez notificado el cumplimiento de los requisitos por parte del Comité, el médico tratante informará de manera inmediata al adolescente y a quien se encuentra en ejercicio de los derechos de patria potestad o de ser el caso a cuidadores o representantes legales y a las personas de red de apoyo que el adolescente considere necesario, el sentido del concepto emitido en relación con la realización del procedimiento eutanásico.

Artículo 27. *Programación del procedimiento eutanásico.* Una vez notificado por el médico tratante el concepto favorable del procedimiento eutanásico, este se realizará de acuerdo con los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en la fecha concertada con el o la adolescente.

Artículo 28. *Desistimiento de la solicitud de eutanasia.* En cualquier momento del trámite, y hasta antes del momento del procedimiento eutanásico el adolescente podrá desistir de continuar con el trámite y optar por otras alternativas, para lo cual siempre se ofertará y garantizará la atención por cuidados paliativos.

El desistimiento es exclusivo del adolescente. En ningún caso podrá desistir un tercero.

Capítulo II

De los Comités Científico-Interdisciplinarios para revisar y validar las solicitudes de eutanasia de los adolescentes

Artículo 29. *Organización de los Comités Científico-Interdisciplinarios para revisar y validar las solicitudes de eutanasia de los adolescentes.* Las Instituciones Prestadoras de Salud - IPS- que cuenten con servicios con grado de complejidad mediana y alta conformarán, al interior de cada entidad, un Comité Científico-Interdisciplinario a efectos de revisar y validar las solicitudes de eutanasia de los adolescentes.

Parágrafo. Las IPS que no tengan tales servicios habilitados y reciban una solicitud de eutanasia deberán, de forma inmediata, poner en conocimiento dicha situación a la Entidad



Administradora de Planes de Beneficios -EAPB- del afiliado que solicita el procedimiento, con el propósito de que coordine todo lo relacionado con la prestación de los servicios necesarios en aras de garantizar el acceso a la eutanasia en cumplimiento a los criterios establecidos en la presente ley y a los requisitos para dar trámite a una solicitud de eutanasia.

Artículo 30. Integración del Comité. El Comité estará integrado de la siguiente forma:

30.1 Un médico pediatra.

30.2 Un médico psiquiatra.

30.3 Un abogado.

Parágrafo 1. Los integrantes del Comité no podrán ser objetores de conciencia del procedimiento eutanásico, condición que se declarará en el momento de la conformación del mismo. De igual manera, deberán manifestar, en cada caso, los conflictos de intereses que puedan afectar las decisiones que deban adoptar.

Parágrafo 2. La participación de los integrantes del Comité es indelegable. No obstante, por razones de fuerza mayor, caso fortuito o por existencia de conflictos de intereses manifiesta, la IPS o EAPB deberá designar, de manera inmediata, el profesional o los profesionales de reemplazo del respectivo perfil.

Artículo 31. Funciones. El Comité tendrá las siguientes funciones:

- 31.1. Recibir la notificación del médico tratante sobre la solicitud de eutanasia y persistencia de la misma, indicando que se iniciará el proceso de valoraciones para su posterior presentación.
- 31.2. Revisar que el médico tratante y el equipo de atención integral de la IPS hayan cumplido con las condiciones y requisitos que sustentan la solicitud de eutanasia, y que exista concurrencia en los casos que aplica con quien está en ejercicio de los derechos de patria potestad del adolescente.
- 31.3. Verificar que se le haya informado al paciente y a quien está en ejercicio de los derechos de patria potestad, si corresponde, que el adolescente puede desistir de la solicitud en cualquier momento.
- 31.4. Verificar que el adolescente esté recibiendo cuidado paliativo, que éste se reporte como efectivo e identificar si el paciente fue sujeto o no de readecuación del esfuerzo terapéutico.
- 31.5. Verificar que el adolescente expresó la solicitud de forma persistente durante el proceso de valoraciones.



- 31.6. Registrar en el acta, de forma clara, las razones del cumplimiento o incumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 23, haciendo claridad si fue necesario pedir una segunda opinión o el concepto de un grupo con experticia o no.
- 31.7. Informar al médico tratante, cuando sea el caso, que se cumplieron los presupuestos contenidos en el artículo 23 y solicitar que dentro de un plazo no superior a las veinticuatro (24) horas siguientes informe al paciente indicándole que se concertará una fecha para la realización del procedimiento de acuerdo a su preferencia y que puede desistir en cualquier momento del mismo.

En el evento de no cumplirse con los presupuestos contenidos en el artículo 23, y en los casos que correspondan los contenidos en el artículo 24, informar al médico tratante las razones por las que la petición no fue favorable.
- 31.8. Vigilar que el procedimiento de eutanasia se lleve a cabo en el menor tiempo posible, de acuerdo con lo concertado con el adolescente.
- 31.9. Garantizar la imparcialidad de quienes intervienen en el proceso, para lo cual deberá realizar las verificaciones que sean del caso.
- 31.10. Suspender tanto el trámite de petición como el procedimiento eutanásico, en caso de detectar alguna irregularidad y poner en conocimiento de las autoridades competentes la posible comisión de una falta o de un delito, si a ello hubiere lugar.
- 31.11. Revisar que la institución responsable del adolescente garantice el acompañamiento y atención pertinente al paciente y a su red de apoyo durante la validación de la petición y la realización del procedimiento.
- 31.12. Remitir al Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los treinta (30) días siguientes a la realización del procedimiento eutanásico, toda la información de que trata el artículo 34 de esta ley.
- 31.13. Velar por la reserva y confidencialidad de la información que, con ocasión de sus funciones deba conocer y tramitar, sin perjuicio de las excepciones legales o de los requerimientos realizados por autoridades judiciales y de control. El tratamiento de los datos personales deberá estar sujeto al marco jurídico de la protección de estos.
- 31.14. Informar a la EAPB a la cual esté afiliado el adolescente de todas las actuaciones que se adelanten dentro del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad vía eutanasia y mantenerse en contacto permanente con la misma.
- 31.15. El secretario técnico del Comité debe notificar a la Superintendencia Nacional de Salud sobre el estado de la solicitud de forma posterior a la notificación del médico tratante y una vez se inician las valoraciones de las que trata el artículo 23.
- 31.16. Designar el secretario técnico y darse su propio reglamento.



TÍTULO IV

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 32. *Funciones de las IPS.* Son funciones de las IPS en relación con una solicitud de eutanasia las siguientes:

- 32.1. Ofrecer y disponer de los servicios necesarios y atender los requerimientos que puedan surgir en relación con el trámite de las solicitudes de eutanasia.
- 32.2. Designar a los integrantes del Comité.
- 32.3. Comunicar tanto a la EAPB en la que esté afiliado la persona la solicitud, el proceso de información del que trata el artículo 13 y el artículo 23, así como la reiteración de la solicitud, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la notificación de dicha solicitud al comité. La notificación es previa al inicio de las valoraciones que establecen los requisitos.
- 32.4. Comunicar a la EAPB dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al pronunciamiento del comité, la decisión del mismo en cuanto el procedimiento eutanásico.
- 32.5. Garantizar la existencia de médicos no objetores para la práctica del procedimiento eutanásico. En ningún caso, la IPS podrá argumentar la objeción de conciencia institucional.
- 32.6. Comunicar al médico tratante, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a su recepción, toda solicitud elevada por una persona que haya sido remitida por la EAPB.
- 32.7. Facilitar todo lo necesario para el funcionamiento adecuado del Comité.
- 32.8. 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 éstos.
- 32.9. Apoyar al Comité en la recopilación y envío de la documentación pertinente al Ministerio de Salud y Protección Social, según lo contemplado en el artículo 34 de la presente Ley estatutaria.

Artículo 33. *Funciones de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB.*

En relación con los Comités, las EAPB, incluyendo los regímenes especiales y de excepción, tendrán las siguientes funciones:



- 33.1. Garantizar con imparcialidad todos los servicios y tecnologías en salud requeridos por la persona que expresó la solicitud de eutanasia, cuando la IPS responsable del paciente no tenga habilitados los servicios de que trata el artículo 18 para mayores de edad y artículo 29 para adolescentes de la presente ley.
- 33.2. Asegurar la comunicación permanente con la IPS responsable de la persona que expresó la solicitud, a efectos de conocer las decisiones que se adopten.
- 33.3. Tramitar con celeridad los requerimientos que le sean formulados.
- 33.4. Coordinar las actuaciones para hacer efectivo el ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia.

Respecto de los pacientes y su red de apoyo, las EAPB tendrán las siguientes funciones:

- 33.5. Comunicar a la IPS responsable del paciente, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la recepción, toda solicitud elevada directamente a la EAPB.
- 33.6. Asegurar los canales de comunicación permanente con las IPS.
- 33.7. No interferir en ningún sentido, en la decisión que adopten las personas que desean ejercer su derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia.
- 33.8. Contar en su red prestadora de servicios de salud con profesionales de la salud idóneos y suficientes para atender los requerimientos que puedan surgir en relación con la garantía del derecho a morir con dignidad, para la adecuada oferta al cuidado paliativo y para el trámite de las solicitudes de las personas con diagnóstico de enfermedad terminal que solicitan la eutanasia.
- 33.9. Garantizar a las personas con diagnóstico de enfermedad terminal que solicitan la eutanasia los servicios de salud que requieran en relación con el derecho a morir con dignidad, ya sea garantizando la atención a través de su red de prestadores de servicios de salud cuando sean sus afiliados, o cuando no, direccionar hacia las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB– correspondientes para que activen los mecanismos necesarios a fin de garantizar la prestación de los servicios que se requieran.
- 33.10. Tramitar con celeridad las solicitudes de eutanasia de sus afiliados que con diagnóstico de enfermedad terminal solicitan la eutanasia.
- 33.11. Velar por la reserva y confidencialidad de la información que 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.

Artículo 34. Reporte de información al Ministerio de Salud y Protección Social. El Comité, tanto de mayores como el de adolescentes, dentro de los treinta (30) días siguientes a la

Carrera 13 N° 32 - 76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C.

Teléfono: (57 - 1) 3305000 - Línea gratuita: 018000960020 - fax: (57-1) 3305050 - www.minsalud.gov.co



realización del procedimiento eutanásico, deberá enviar al Ministerio de Salud y Protección Social la siguiente información:

- 34.1. Copia del documento de solicitud de eutanasia o DVA, ya sea copia de la petición escrita o de cualquier otro medio y/o soporte que conste en la historia clínica donde se registra la solicitud verbal.
- 34.2. Copia de la petición elevada por el médico tratante al Comité con los documentos que allegó como soporte.
- 34.3. Copia de las actas de las sesiones del Comité.
- 34.4. Copia de la historia clínica a partir del momento en que la persona realizó la solicitud, la cual deberá contener todas las valoraciones y conceptos, de que tratan el artículo 13 para mayores de edad y 23 para adolescentes de la presente ley.
- 34.5. Copia del documento en que el Comité notifica al médico tratante sobre el concepto favorable del procedimiento eutanásico.
- 34.6. Copia de la nota médica del procedimiento eutanásico.
- 34.7. Copia del certificado de defunción.

Parágrafo. En todo caso, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá requerir otra información relacionada con el procedimiento realizado.

Artículo 35. *De la eventual presentación de la objeción de conciencia.* La objeción de conciencia es la facultad de las personas naturales para rehusar el cumplimiento de una obligación en virtud de una convicción filosófica o moral, real, íntima, profunda, personalísima y debidamente fundamentada.

En los procedimientos para la eutanasia, la objeción de conciencia solo puede ser alegada por el médico que tiene el deber de realizar el procedimiento eutanásico y ha tenido que ser expresada de manera previa al conocimiento de la solicitud. La objeción de conciencia no puede ser alegada por las personas relacionadas con la atención y cuidado del final de la vida o que se encuentran atendiendo los requerimientos relacionados con el trámite de las solicitudes. Tampoco puede alegarse por personas jurídicas como clínicas, hospitales, centros de salud o cualquiera que sea su denominación.

En el evento que el médico presente tal objeción, por escrito y debidamente motivada, y de conocimiento previo por el Comité, este ordenará a la IPS para que, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a que se presente la objeción, reasigne a otro médico que lo realice.

Parágrafo. La imposición de cargas adicionales o barreras a través de la expresión de posiciones personales o institucionales, que no corresponden a objeción de conciencia,



La salud
es de todos

Minsalud

suponen una violación a los principios del ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia y podrán ser sujeto de acciones disciplinarias.

Artículo 36. Vigencia. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación.

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Ministro de Salud y Protección Social

Aprobó:
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios.
Dirección de Promoción y Prevención.
Dirección Jurídica.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA N° ____ de 2020

“Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a morir con dignidad, a través de la eutanasia, y se dictan otras disposiciones”

1. OBJETO DEL PROYECTO.

Carrera 13 N° 32 - 76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C.

Teléfono: (57 - 1) 3305000 - Línea gratuita: 018000960020 - fax: (57-1) 3305050 - www.minsalud.gov.co



Este proyecto de ley estatutaria¹ es presentado por el Ministerio de Salud y Protección Social en ejercicio de la iniciativa legislativa² que le asiste para dar cumplimiento a lo ordenado por la Sentencia T-544 de 2017 (M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado), donde se resuelve:

QUINTO: ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social que, en ejercicio de su iniciativa legislativa, presente -dentro del año siguiente a la expedición de esta providencia- un proyecto de ley en el que proponga la regulación del derecho fundamental a morir dignamente para mayores de edad y para Niños, Niñas y Adolescentes, en la que considere los presupuestos y criterios establecidos por toda la jurisprudencia de esta Corporación³.

A esos efectos, y sin perjuicio de las diferentes actuaciones administrativas que ha venido ejecutando este ente Ministerial en cumplimiento de la orden impartida, se pone de presente la solicitud de prórroga que se elevó a la Sala Quinta de Revisión para el cumplimiento de la orden precitada, tras encontrar precedentes los presupuestos requeridos por el Alto Tribunal⁴ y, especialmente, para poder cumplir con el marco del trámite establecido por el Gobierno, a través de la Directiva Presidencial 06 de 2018 relativa al trámite previo que debe seguirse en materia de proyectos de actos legislativos, de ley y de decretos reglamentarios.

Bajo esta perspectiva, se pone en consideración del Congreso de la República la materialización del trabajo técnico-jurídico realizado para la garantía del derecho fundamental a morir con dignidad a través de la eutanasia, tanto para mayores de edad como para adolescentes. Dicho trabajo respeta el principio fundamental del mencionado derecho, la autonomía de las personas, en un marco de parámetros proporcionales y prudentes sobre la vida y dignidad humana, al mismo tiempo que establece límites claros que permitan la protección de las personas que pudieran ser sujetos de abusos, por coacciones en su voluntad o por que sean sobrepuestos los intereses de terceros, llevando a la muerte a personas que no están en capacidad de participar en la toma de decisiones sobre el proceso de muerte; lo anterior para evitar el más grave de los hechos alrededor de la muerte asistida por médicos, a saber, la aparición y establecimiento de pendientes resbaladizas.

2. ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN JURISPRUDENCIAL. POSICIÓN DE LA CORTE CONSTITUCIONAL SOBRE EL DERECHO A LA MUERTE DIGNA.

En materia de reconocimiento del derecho fundamental a morir con dignidad vía precedente constitucional, se hace necesario presentar la evolución jurisprudencial que ha venido manejando la Corte Constitucional desde el año 1997. Con esa finalidad, es conducente examinar lo pertinente de las Sentencias C-239 de 1997, T-970 de 2014, T-322 de 2017, T-423 de 2017, T-544-17, T-721 de 2017 y T-060 de 2020.

En la Sentencia C-239 de 1997, M.P. Carlos Gaviria Díaz, la Corte Constitucional despenalizó el homicidio por piedad contenido en el artículo 326 del entonces Código Penal (Decreto-ley

¹ Cfr, art. 152 y ss. C. Pol.

² Cfr, art. 154 C. Pol., conc., art. 140 Ley 5 de 1992.

³ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. T-544 de 2017, M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado.

⁴ CORTE CONSTITUCIONAL, Auto 016 de 2014 M.P. Jorge Iván Palacio Palacio
Carrera 13 N° 32 - 76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C.



100 de 1980), “[...] cuando quiera que (i) medie el consentimiento libre e informado del paciente; (ii) lo practique un médico; (iii) el sujeto pasivo padezca una enfermedad terminal que le cause sufrimiento [...]”⁵. Con la determinación de estas condiciones, la mencionada sentencia establece que “[...] en esos eventos, la conducta del sujeto activo no es antijurídica y por tanto no hay delito. En caso de faltar algún elemento, la persona será penalmente responsable por homicidio [...]”⁶.

Con la anterior determinación, la Corte Constitucional⁷ avaló la posibilidad de causar la muerte al condicionar la exequibilidad del citado artículo 326, 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.

Adicionalmente, sobre la mencionada providencia es dable destacar lo siguiente:

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

⁵ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-239 de 1997, M.P. Carlos Gaviria Díaz.

⁶ Ibíd.

⁷ Ibíd.



quedaría reducida a un instrumento para la preservación de la vida como valor abstracto [...]⁸. [Énfasis fuera del texto].

En lo sucesivo, aludiendo al carácter relativo de la prohibición jurídica derivada del tipo penal, cabe anotar que la Corte exaltó el respeto de la **voluntad del sujeto** que padece una enfermedad terminal que no desea alargar una vida con sufrimiento y dolor, al tiempo que puntualizó:

[...] No sobra recordar que el consentimiento del sujeto pasivo debe ser libre, manifestado inequívocamente por una persona con capacidad de comprender la situación en que se encuentra. Es decir, el consentimiento implica que la persona posee información seria y fiable acerca de su enfermedad y de las opciones terapéuticas y su pronóstico, y cuenta con la capacidad intelectual suficiente para tomar la decisión. Por ello la Corte concluye que el sujeto activo debe de ser un médico, puesto que es el único profesional capaz no sólo de suministrar esa información al paciente sino además de brindarle las condiciones para morir dignamente [...]⁹. [Énfasis fuera del texto].

Por otra parte, entre las razones expresadas por esa Corporación, debe tenerse en cuenta que:

[...] 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 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 [...]

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 el valor de la vida

⁸ Ibíd

⁹ Ibíd.



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 [...]¹⁰.

Los fundamentos jurídicos establecidos en esta providencia judicial, han sido reiterados en varias oportunidades por la H. Corte Constitucional. En efecto, la línea jurisprudencial se ha orientado a afirmar que el procedimiento de eutanasia será llevado a cabo bajo solicitud voluntaria y expresa de la persona en condición de terminalidad y sufrimiento secundario, siendo este un acto médico, pues es el profesional de la medicina quien se encuentra en capacidad técnica de anticipar la muerte sin sufrimiento. Así, los cimientos definidos por la sentencia de constitucionalidad se han mantenido en el reconocimiento del

[...] deber del Estado de proteger la vida [...] con el respeto a la dignidad humana y al libre desarrollo de la personalidad. [...] la decisión de cómo enfrentar la muerte adquiere una importancia decisiva para el enfermo terminal, que sabe que no puede ser curado, y que por ende no está optando entre la muerte y muchos años de vida plena, sino entre morir en condiciones que él escoge, o morir poco tiempo después en circunstancias dolorosas y que juzga indignas. [...] condenar a una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones, equivale no sólo a un trato cruel e inhumano, prohibido por la Carta, sino a una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral. La persona quedaría reducida a un instrumento para la preservación de la vida como valor abstracto [...]¹¹.

La misma providencia, ratifica que:

[...] El Estado no puede oponerse a la decisión del individuo que no desea seguir viviendo y que solicita le ayuden a morir, cuando sufre una enfermedad terminal que le produce dolores insoportables, incompatibles con su idea de dignidad. Por consiguiente, si un enfermo terminal que se encuentra en las condiciones objetivas que plantea el Código Penal considera que su vida debe concluir, porque la juzga incompatible con su dignidad, puede proceder en consecuencia, en ejercicio de su libertad, sin que el Estado esté habilitado para oponerse a su designio, ni impedir, a través de la prohibición o de la sanción, que un tercero le ayude a hacer uso de su opción. No se trata de restarle importancia al deber del Estado de proteger la vida sino, de reconocer que esta obligación no se traduce en la preservación de la vida sólo como hecho biológico [...]¹²

Para dar cumplimiento a lo anterior, la Corte expone cómo debe darse el consentimiento del paciente o sujeto pasivo, el cual se traduce en la solicitud, y quién debe realizar el procedimiento como sujeto activo, esto es, el médico, pues es él quien dará curso a la anticipación de la muerte, solo en los casos en que medie una solicitud previa y autónoma, que debe provenir directamente del sujeto pasivo. Para la Alta Corporación:

¹⁰ *Ibíd.*, considerando 1.

¹¹ *Ibíd.*

¹² *Ibíd.*



[...] el consentimiento del sujeto pasivo debe ser libre, manifestado inequívocamente por una persona con capacidad de comprender la situación en que se encuentra. Es decir, el consentimiento implica que la persona posee información seria y fiable acerca de su enfermedad y de las opciones terapéuticas y su pronóstico, y cuenta con la capacidad intelectual suficiente para tomar la decisión [...]¹³.

Dejando con lo anterior claro que la solicitud procede a través de la información y el ejercicio de la autonomía, lo cual requiere de un consentimiento informado, del cual surge la cualificación del consentimiento, a través de la información clara y objetiva sobre la condición y pronóstico en ponderación con lo que el sujeto pasivo considera digno en el final de la vida, se tiene que:

[...] la Corte concluye que el sujeto activo debe de ser un médico, puesto que es el único profesional capaz no sólo de suministrar esa información al paciente sino además de brindarle las condiciones para morir dignamente. Por ende, en los casos de enfermos terminales, los médicos que ejecuten el hecho descrito en la norma penal con el consentimiento del sujeto pasivo no pueden ser, entonces, objeto de sanción y, en consecuencia, los jueces deben exonerar de responsabilidad a quienes así obren [...]¹⁴.

Adicionalmente, para la Corte la definición de regulaciones legales estrictas, es una obligación del Estado, en cumplimiento al deber a la protección de la vida por lo cual establece las condiciones “[...] sobre la manera como debe prestarse el consentimiento y la ayuda a morir, para evitar que en nombre del homicidio pietístico, consentido, se elimine a personas que quieren seguir viviendo, o que no sufren de intensos dolores producto de enfermedad terminal [...]”¹⁵. Estableciendo que el objetivo primario de las regulaciones tendrá que ser el “[...] asegurar que el consentimiento sea genuino [...]”¹⁶ resultado del ejercicio de la autonomía y la ponderación de lo que se considera bueno para sí mismo en relación al proceso de muerte. Para ello, la Sentencia C-239 de 1997 define:

[...] Los puntos esenciales de esa regulación serán sin duda: 1. Verificación rigurosa, por personas competentes, de la situación real del paciente, de la enfermedad que padece, de la madurez de su juicio y de la voluntad inequívoca de morir; 2. Indicación clara de las personas (sujetos calificados) que deben intervenir en el proceso; 3. Circunstancias bajo las cuales debe manifestar su consentimiento la persona que consiente en su muerte o solicita que se ponga término a su sufrimiento: forma como debe expresarlo, sujetos ante quienes debe expresarlo, verificación de su sano juicio por un profesional competente, etc; 4. Medidas que deben ser usadas por el sujeto calificado para obtener el resultado filantrópico, y 5. Incorporación al proceso educativo de temas como el valor de la vida y su relación con la responsabilidad social, la libertad

¹³ Ibíd.

¹⁴ Ibíd.

¹⁵ Ibíd.

¹⁶ Ibíd.



y la autonomía de la persona, de tal manera que la regulación penal aparezca como la última instancia en un proceso que puede converger en otras soluciones [...]¹⁷.

Bajo esa perspectiva, el tema volvió a ser de conocimiento de la Alta Corporación en sentencias como la T-970 de 2014¹⁸ y la T-544 de 2017¹⁹ en las cuales la Corte Constitucional retomó los fundamentos previamente descritos de la anterior decisión y, dada la omisión legislativa absoluta en torno a la materia pese a los reiterados exhortos²⁰, emitió órdenes al Ministerio de Salud y Protección Social para que adelantara gestiones dentro del marco de sus competencias sobre el particular, así.

En la Sentencia T-970 de 2014 se señala, que si bien,

[...] Las definiciones sobre eutanasia son múltiples y actualmente no se cuenta con alguna totalmente aceptada. No obstante, lo que sí está claro es que en este procedimiento **deben concurrir los siguientes elementos: (i) el sujeto pasivo que padece una enfermedad terminal; (ii) el sujeto activo que realiza la acción u omisión tendiente a acabar con los dolores del paciente quien, en todos los casos, debe ser un médico; (iii) debe producirse por petición expresa, reiterada e informada de los pacientes.** Así, la doctrina ha sido clara en señalar que cuando no existen de los anteriores elementos, se estará en presencia de un fenómeno distinto que no compete en sí mismo a la ciencia médica. [...]²¹ Énfasis fuera del texto].

Reafirmando la despenalización cuando se den las condiciones fijadas previamente, y reconociendo que solo se tratará de eutanasia “[...] cuando quiera que (i) medie el consentimiento libre e informado del paciente; (ii) lo practique un médico; (iii) el sujeto pasivo padezca una enfermedad terminal que le cause sufrimiento [...]”²²

En la misma sentencia, la Corte reafirma la relevancia de la autonomía como hilo conductor del ámbito de aplicación e igualmente la indica como referente de protección, recociendo los riesgos de pendientes resbaladizas que puedan llevar a la vulneración del derecho a la vida y salud de las personas que desean seguir viviendo:

[...] si bien la eutanasia materializa la autonomía del paciente, su mal manejo puede generar consecuencias de proporciones insospechadas. De ahí que las legislaciones tienen en común una preocupación porque la voluntad del paciente sea lo más libre y autónoma posible.

¹⁷ Ibíd.

¹⁸ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-970 de 2014, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

¹⁹ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. T-544 de 2017, M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado.

²⁰ Cfr. CORTE CONSTITUCIONAL, sents. T-423 de 2017, M.P. Iván Humberto Escrucería Mayolo o T-721 de 2017, M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo.

²¹ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. T-970 de 2014, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

²² Ibíd



El deber constitucional del Estado de protección de la vida debe ser compatible con otros derechos como la dignidad y la autonomía. **De ahí que frente a aquellas personas que padecen una enfermedad terminal ese deber cede ante su autonomía individual y a “su consentimiento informado del paciente que desea morir en forma digna”.** Corte Constitucional, sentencia C-239 de 1997 (MP Carlos Gaviria Díaz) [...] ²³ [Énfasis fuera del texto].

En cuanto al ejercicio de la autonomía como un punto importante dentro de la sentencia, el Máximo Tribunal retoma las características del consentimiento del sujeto pasivo, el cual describe como: “[...] libre e informado, lo cual significa que debe ser manifestado por una persona “con capacidad de comprender la situación en que se encuentra”. Es decir, el consentimiento implica que el paciente posee información seria, fiable y precisa, pero además cuenta con capacidad intelectual suficiente para tomar la decisión [...]”²⁴. Es más, la Corte identificó los presupuestos de las regulaciones existentes en el derecho comparado que se han basado en la garantía de la voluntad de las personas, para resaltar que:

[...] **la autonomía individual sería el pilar fundamental en las leyes expedidas.** De allí que su protección se haya dado a través de dos criterios o principios. El primero, la primacía de la autonomía de la voluntad. Consistió, básicamente, en que la decisión del paciente prima por encima de la voluntad de cualquier otro individuo, incluyendo su familia o sus médicos tratantes. De allí que, incluso, se presuma la capacidad psicológica del paciente al manifestarla. De otro lado, segundo criterio o principio, radica en la protección jurídica de esa autonomía. [...] ²⁵ [Énfasis fuera del texto].

Por otro lado, esta sentencia analiza la condición del sufrimiento frente a la autonomía y la voluntariedad de la solicitud, siendo clara en que el sufrimiento:

[...] debe verse desde dos puntos de vista: uno objetivo y el otro subjetivo. El objetivo implica que la enfermedad debe estar calificada por un especialista. No basta con que el sujeto pasivo indique, sin mediar conocimiento técnico, que padece una enfermedad terminal. En relación con este aspecto, la autonomía de la persona se restringe pues lo que se persigue con ese requisito es delimitar la garantía constitucional e impedir usos indebidos de la misma. En ese orden, **la enfermedad debe ser calificada por un experto como terminal, pero además, debe producir intenso dolor y sufrimiento.**

Una vez se tenga certeza de que se trata de una patología terminal, adquiere relevancia el elemento subjetivo, consistente en el dolor que cause sufrimiento intenso al paciente. Aunque se pueda establecer médicamente que una enfermedad implica mucho dolor (aspecto objetivo), limitar esa certeza a un concepto médico choca con la idea misma de autonomía y libertad de las personas. **Nadie más que el propio paciente sabe que algo le causa un sufrimiento de tal envergadura que se hace incompatible con su idea de dignidad.** [Énfasis fuera del texto].

²³ Ibíd

²⁴ Ibíd

²⁵ Ibíd



No pueden los médicos oponerse a la voluntad del paciente cuando quiera que objetiva y subjetivamente su voluntad se encuentra depurada. Existe una prevalencia de la autonomía del enfermo [...]”²⁶. [Énfasis fuera del texto].

Una vez revisadas las condiciones de autonomía y sufrimiento, la Alta Corporación observa y explica los contenidos de lo que considera un consentimiento libre, informado e inequívoco. La Honorable Corte parte de la idea de que dar consentimiento *“implica que la persona posee información seria y fiable acerca de su enfermedad y de las opciones terapéuticas y su pronóstico, y cuenta con la capacidad intelectual suficiente para tomar la decisión”*²⁷. Y lo describe precisando que:

[...] el consentimiento libre implica que no existan presiones de terceros sobre su decisión. Lo determinante es que el móvil de la decisión sea la genuina voluntad del paciente de poner fin al intenso dolor que padece. Además el consentimiento debe ser informado, motivo por el cual los especialistas deben brindar al paciente y a su familia toda la información objetiva y necesaria, para que no se tomen decisiones apresuradas pues de lo que se trata es de disponer de la vida misma del ser humano. Finalmente, el consentimiento tendrá que ser inequívoco. **Una decisión como la que aquí se construye lo que pretende, en principio, es la protección de la vida del paciente y de su propia voluntad, por tanto, mediante este requisito se busca asegurar que la decisión del paciente de provocar su muerte sea consistente y sostenida [...]**²⁸ [Énfasis fuera del texto].

Adicionalmente, es motivo de revisión en la mencionada sentencia, las consideraciones en torno a la aplicación, lineamientos y exigencias que debería contener la norma estatutaria, a saber:

Como el Estado no es indiferente a la vida humana, sino que, como se señaló, tiene el deber de protegerla, **es necesario que se establezcan regulaciones legales muy estrictas sobre la manera como debe prestarse el consentimiento y la ayuda a morir**, para evitar que en nombre del homicidio pietístico, consentido, se elimine a personas que quieren seguir viviendo, o que no sufren de intensos dolores producto de enfermedad terminal. **Esas regulaciones deben estar destinadas a asegurar que el consentimiento sea genuino** y no el efecto de una depresión momentánea [...]

[...] Esto significa que el Estado, por su compromiso con la vida, debe ofrecer a los enfermos terminales que enfrentan intensos sufrimientos, todas las posibilidades para que sigan viviendo, por lo cual es su obligación, en particular, brindarles los tratamientos paliativos del dolor. En fin, puntos esenciales de esa regulación serán sin duda:

²⁶ Ibíd

²⁷ Ibíd

²⁸ Ibíd



1. Verificación rigurosa, *por personas competentes*, de la situación real del paciente, de la enfermedad que padece, de la madurez de su juicio y de la voluntad inequívoca de morir.
2. Indicación clara de las personas (sujetos calificados) que deben intervenir en el proceso.
3. Circunstancias bajo las cuales debe manifestar su consentimiento la persona que consiente en su muerte o solicita que se ponga término a su sufrimiento: forma como debe expresarlo, sujetos ante quienes debe expresarlo, verificación de su sano juicio por un profesional competente, etc.
4. Medidas que deben ser usadas por el sujeto calificado para obtener el resultado filantrópico.
5. Incorporación al proceso educativo de temas como el valor de la vida y su relación con la responsabilidad social, la libertad y la autonomía de la persona, de tal manera que la regulación penal aparezca como la última instancia en un proceso que puede converger en otras soluciones. [...] ²⁹. [Énfasis fuera del texto].

Tras el análisis de los parámetros establecidos por la Sentencia Constitucional 239 de 1997, La Sentencia T-970 de 2014, resolvió:

CUARTO: ORDENAR al Ministerio de Salud que en el término de 30 días, contados a partir de la comunicación de esta providencia, emita una directriz y disponga todo lo necesario para que los Hospitales, Clínicas, IPS, EPS y, en general, prestadores del servicio de salud, conformen el comité interdisciplinario 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 tendientes a garantizar el derecho a morir dignamente.

Como respuesta a esta orden, el Ministerio emitió la Resolución 1216 de 2015: *“Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la sentencia T-970 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad”*, con su respectivo protocolo para la aplicación del procedimiento.

Los fundamentos definidos por la Sentencia C-239 de 1997 son traídos para el análisis en la ST-322 de 2017 donde se reitera que:

[...] En el caso del homicidio pietístico, consentido por el sujeto pasivo del acto, el carácter relativo de esta prohibición jurídica se traduce en el respeto a la voluntad del sujeto que sufre una enfermedad terminal que le produce grandes padecimientos, y que

²⁹ Ibíd



no desea alargar su vida dolorosa. [...] **No sobra recordar que el consentimiento del sujeto pasivo debe ser libre, manifestado inequívocamente por una persona con capacidad de comprender la situación en que se encuentra. Es decir, el consentimiento implica que la persona posee información seria y fiable acerca de su enfermedad y de las opciones terapéuticas y su pronóstico, y cuenta con la capacidad intelectual suficiente para tomar la decisión.** [...] ³⁰. [Énfasis fuera del texto].

Indicando en la misma, que la anterior tesis ha sido retomada en fallos posteriores de la Corte Constitucional como lo son las sentencias C-233 de 2014, M.P. Alberto Rojas Ríos, T-970 de 2014, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva y T-132 de 2016, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva, en las cuales la Corte refiere:

[...] los parámetros para la valoración de la eutanasia en casos concretos así: (i) que el sujeto pasivo que padezca una enfermedad terminal; (ii) que el sujeto activo que realiza la acción u omisión tendiente a acabar con los dolores del paciente quien, en todos los casos, debe ser un médico; y (iii) debe producirse por petición expresa, reiterada e informada de los pacientes [...] ³¹.

Sobre el consentimiento y la manifestación de la voluntad, dicha sentencia hace alusión a la figura del consentimiento sustituto, sobre el cual afirma que ha sido considerado en los eventos en los que la persona que sufre de una enfermedad terminal encontrándose “*en imposibilidad fáctica de manifestar su consentimiento*”³² pueda ser sustituido por su familia, no obstante, se resalta que esta es “*una figura que aún no ha tenido suficiente evaluación a la luz del derecho constitucional*”³³.

La figura de consentimiento sustituto es abordada, posteriormente, por sentencia T-423 de 2017, M.P. Iván Humberto Escruce Mayolo en la que se indica que:

[...] la Sentencia T-970 de 2014, por fuera de su competencia, modifica lo señalado por la Sala Plena y permite la aplicación del procedimiento eutanásico con el consentimiento sustituto de los familiares del paciente, cuando este se encuentra en imposibilidad fáctica para manifestar su consentimiento [...] ³⁴.

En similar sentido, el citado fallo expone como la:

[...] **Corporación hizo mención a la necesidad de que se establecieran regulaciones legales estrictas sobre la manera cómo debía prestarse el consentimiento y la ayuda a morir, para evitar que en nombre del homicidio pietístico, se eliminara a personas que querían seguir viviendo, o que no sufrían**

³⁰ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. T-322 de 2017, M.P. Aquiles Arrieta Gómez.

³¹ *Ibíd.*

³² *Ibíd.*

³³ *Ibíd.*

³⁴ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. T-423 de 2017, M.P. Iván Humberto Escruce Mayolo.



de intensos dolores producto de enfermedad terminal. Los puntos que consideró como esenciales para esa regulación fueron los siguientes: (i) verificación rigurosa, por personas competentes, de la situación real del paciente, la enfermedad, la madurez de su juicio y de la voluntad inequívoca de morir; (ii) indicación clara de las personas que deben intervenir en el proceso; (iii) circunstancias bajo las cuales debe manifestar su consentimiento la persona que consiente en su muerte; (iv) medidas que deben ser usadas por el sujeto calificado para obtener el resultado filantrópico; y (v) incorporación al proceso educativo de temas como el valor de la vida y su relación con la responsabilidad social, la libertad y la autonomía de la persona [...] ³⁵. [Énfasis fuera del texto].

Dicha providencia, también refiere, retomando la T-970 de 2014, los criterios fijados por esta y que deberían tenerse en cuenta en la práctica de los procedimientos de eutanasia:

“[...] (i) Prevalencia de la autonomía del paciente. Los sujetos obligados deberán analizar los casos atendiendo siempre a la voluntad del paciente. Solo bajo situaciones objetivas e imparciales, se podrá controvertir esa manifestación de la voluntad.

(ii) Celeridad. El derecho a morir dignamente no puede suspenderse en el tiempo, pues ello implicaría imponer una carga excesiva al enfermo. Debe ser ágil, rápido y sin ritualismos excesivos que alejen al paciente del goce efectivo del derecho.

(iii) Oportunidad. Se encuentra en conexión con el anterior criterio e implica que la voluntad del sujeto pasivo sea cumplida a tiempo, sin que se prolongue excesivamente su sufrimiento al punto de causar su muerte en condiciones de dolor que, precisamente, quiso evitarse.

(iv) Imparcialidad. Los profesionales de la salud deberán ser neutrales en la aplicación de los procedimientos orientados a hacer efectivo el derecho a morir dignamente. No pueden sobreponer sus posiciones personales sean ellas de contenido ético, moral o religioso que conduzcan a negar el derecho. En caso que el médico alegue dichas convicciones, no podrá ser obligado a realizar el procedimiento, pero tendrá que reasignarse otro profesional [...] ³⁶.

En lo atinente a la Sentencia T-544 de 2017, M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado, la Corte ha sido enfática en las tesis estructuradas desde la SC-239 de 1997, con base en

[...] algunas consideraciones en relación con los derechos a la vida y a la autodeterminación. En particular, indicó que si bien hay consenso con respecto al valor de la vida, su relevancia como presupuesto para el ejercicio de otros derechos y su carácter inalienable, no hay una respuesta clara sobre la autonomía del individuo para decidir sobre ese bien cuando padece una enfermedad incurable que le causa intensos

³⁵ *Ibíd.*

³⁶ *Ibíd.*



sufrimientos. Sin embargo, señaló **que esta cuestión debía ser resuelta desde una perspectiva secular y pluralista, en un marco de libertad y autonomía del individuo, razón por la que advirtió que “si la manera en que los individuos ven la muerte refleja sus propias convicciones, ellos no pueden ser forzados a continuar viviendo cuando, por las circunstancias extremas en que se encuentran, no lo estiman deseable ni compatible con su propia dignidad [...]”³⁷**. [Énfasis fuera del texto].

Esta sentencia examina específicamente el reconocimiento a la autodeterminación para el caso de niños, niñas y adolescentes, evidenciando en su momento la ausencia de regulación para esa población frente al final de la vida, por lo que se hacía necesario:

[...] ordenar la expedición urgente de la regulación que garantice el derecho a la muerte digna de los NNA, para ello es fundamental considerar la normativa existente en sus aciertos y en sus desafíos. Con todo, a pesar de tratarse del mismo derecho, **es imperativo considerar las características especiales de los derechos de los NNA para diseñar un sistema normativo que atienda a su situación particular de manera adecuada [...]**³⁸.

Teniendo en cuenta que “[...] la jurisprudencia ha establecido algunos criterios para la viabilidad del procedimiento de eutanasia cuya comprensión deberá ser precisada por los expertos en la materia de acuerdo con las características especiales de los NNA y las diferencias relevantes según su edad [...]”³⁹.

Ahora bien, manteniendo especial consideración sobre la condición de enfermedad terminal y el consentimiento libre, informado e inequívoco, la citada sentencia T-544 de 2017 describe:

[...] En relación con **el carácter libre**, este pretende que el ejercicio del derecho a la muerte digna sea consecuencia de la decisión voluntaria, genuina y despojada de injerencias o presiones de terceros, el **carácter informado** busca que el NNA enfermo conozca toda la información relevante para la toma de la decisión y el carácter **inequívoco** pretende asegurar el carácter definitivo de la determinación del paciente [...]⁴⁰.

Igualmente, hace la diferenciación sobre que:

[...] La previsión del consentimiento informado establecido en la **sentencia C-239 de 1997** [...] debe evaluarse, de forma particular, de cara a los titulares del derecho. En efecto, aunque por regla general los NNA expresan el consentimiento a través de sus representantes es necesario que en estos casos se consulte, de forma prevalente, su

³⁷ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. T-544 de 2017, M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado.

³⁸ *Ibíd.*

³⁹ *Ibíd.*

⁴⁰ *Ibíd.*



voluntad siempre que el desarrollo psicológico, emocional y cognitivo del NNA lo permitan. [...] ⁴¹.

Finalmente, la Sentencia T-544 de 2017, resolvió:

CUARTO: ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social que, en el término de cuatro (4) meses, disponga todo lo necesario para que los prestadores del servicio de salud, cuenten con comités interdisciplinarios, tales como los reglamentados en la Resolución 1216 de 2015, en aras de garantizar el derecho a la muerte digna de los niños, niñas y adolescentes. Los comités contarán con los mismos integrantes previstos en el artículo 6º de la Resolución, pero incluirán la participación de expertos en NNA en todas las disciplinas participantes: Medicina, Derecho y Psicología. Asimismo, deberá expedir la regulación diferenciada en la que se consideren las particularidades de los casos de NNA, entre estas las precisadas en la parte motiva de esta sentencia

De igual manera, el Ministerio deberá sugerir a los médicos un protocolo médico para que sea discutido por expertos de distintas disciplinas y que servirá como referente para la realización de los procedimientos tendientes a garantizar el derecho a morir dignamente de los Niños, Niñas y Adolescentes.

QUINTO: ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social que, en ejercicio de su iniciativa legislativa, presente -dentro del año siguiente a la expedición de esta providencia- un proyecto de ley en el que proponga la regulación del derecho fundamental a morir dignamente para mayores de edad y para Niños, Niñas y Adolescentes, en la que considere los presupuestos y criterios establecidos por toda la jurisprudencia de esta Corporación.

Como respuesta a lo dictaminado, este Ministerio emitió la Resolución 0825 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”*, cuyo protocolo para la aplicación del procedimiento se encuentra en construcción dado su carácter diferenciado y alta complejidad.

Adicionalmente, y en razón a lo dispuesto en la orden quinta, es que en esta oportunidad se pone a consideración del legislativo el presente proyecto de ley para que haga curso en el Congreso de la República con carácter de ley estatutaria.

Es más, ha de hacerse referencia a la postura de la Sentencia T-721 de 2017, M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo, donde se manifestó:

[...] se puede establecer que el derecho fundamental a morir con dignidad tiene múltiples dimensiones y no es unidimensional, como hasta ahora se ha concebido, haciendo énfasis en la muerte anticipada o el procedimiento denominado “eutanasia”, pues se trata de un conjunto de facultades que permiten a una persona ejercer su autonomía y tener control sobre el proceso de

⁴¹ Ibíd.



su muerte e imponer a terceros límites respecto a las decisiones que se tomen en el marco del cuidado de la salud [...]⁴². [Énfasis fuera del texto].

[...] Entre esas dimensiones se pueden distinguir con mayor claridad las siguientes:

(i) Procedimiento eutanásico, regulado en la Resolución 1216 de 2015: En el caso de los pacientes que padecen enfermedades terminales, según concepto médico (requisito objetivo), que les causan intensos dolores, cuando lo solicitan por sí mismos o a través de interpuesta persona (requisitos subjetivos), según lo establecido en la sentencia T-970 de 2014 y de acuerdo con lo previsto en el capítulo III de la mencionada resolución.

Este procedimiento está en cabeza de los Comités Científicos-Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad, a cargo en primera instancia de las I.P.S que tengan habilitado el servicio de hospitalización de mediana o alta complejidad para hospitalización oncológica o el servicio de atención institucional de paciente crónico o el servicio de atención domiciliaria para paciente crónico, que cuenten con los respectivos protocolos de manejo para el cuidado paliativo, y en segundo lugar de las E.P.S.

(ii) Limitación del esfuerzo terapéutico o readecuación de las medidas asistenciales: En los casos en que el paciente que padece una enfermedad en fase terminal o crónica, degenerativa e irreversible, con alto impacto en la calidad de vida, por sí mismo, o a través de interpuesta persona, desiste anticipadamente de tratamientos médicos innecesarios que no cumplen con los principios de proporcionalidad terapéutica o que no sirven al mejor interés del paciente y no representen una vida digna para éste, dando paso a que el proceso de la enfermedad hacia la muerte siga su curso natural.

La valoración de la necesidad de limitación del esfuerzo terapéutico se fundamenta en el juicio profesional sobre futilidad de una determinada intervención, con base en un proceso de valoración ponderada, e incluso colegiada entre diferentes profesionales. [...]

⁴³

Además la misma providencia plantea que:

[...] En síntesis, respecto del derecho fundamental a la muerte digna la jurisprudencia constitucional han establecido que: **(i) tiene carácter fundamental y una íntima relación con la vida, la dignidad humana y la autonomía; (ii) obligar a una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones, equivale a un trato cruel e inhumano; (iii) la falta de regulación constituye una barrera para su materialización; (iv) no hay distinciones o condicionamientos relacionados con la edad de los destinatarios de este derecho; (v) en virtud de los principios de igualdad y no discriminación, defensa**

⁴² CORTE CONSTITUCIONAL, sent. T-721 de 2017, M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo.

⁴³ Ibíd



del interés superior de los niños, niñas y adolescentes, la efectividad y prioridad absoluta de sus derechos, éstos son titulares del derecho a la muerte digna.

Como presupuestos para hacer efectiva esta garantía se han establecido (vi) el padecimiento de una enfermedad terminal que produzca intensos dolores; (vii) de una persona mayor de 18 años o menor, de acuerdo con el desarrollo cognitivo y psicosocial; (viii) que exprese su consentimiento libre, informado e inequívoco, que también puede ser sustituido, en el caso de menores de edad con las particularidades que ello implica.

De otra parte, ha requerido que (ix) **se regule un procedimiento para garantizar una muerte anticipada o “eutanasia”, una de las dimensiones de este derecho**, a través de la conformación de Comités Científicos Interdisciplinario y un protocolo médico para su materialización, **siempre observando (x) criterios como: prevalencia de la autonomía del paciente, celeridad, oportunidad e imparcialidad**; y (xi) que se provea de la infraestructura necesaria para desarrollar esta garantía. [...] ⁴⁴ [Énfasis fuera del texto].

En esta providencia, la Alta Corporación se refiere en torno al consentimiento sustituto esbozado a partir de la Sentencia T-970 de 2014, al tiempo que advirtió:

[...] el estado en que se encontraba la paciente era “vegetativo permanente”, razón por la cual su madre, quien había sido designada como curadora principal en proceso de interdicción, presentó la petición que ahora ocupa la atención de la Sala, **haciendo uso de la figura del “consentimiento sustituto”, avalado en la sentencia T-970 de 2014**, para los casos en que la persona se encuentra en imposibilidad fáctica para manifestar su consentimiento, *“en estos casos y en aras de no prolongar su sufrimiento, la familia, podrá sustituir su consentimiento. En esos eventos, se llevará a cabo el mismo procedimiento establecido en el párrafo anterior, pero el comité interdisciplinario deberá ser más estricto en el cumplimiento de los requisitos”*.

Sin embargo, la misma Resolución 1216 de 2015, en su artículo 15, tal como quedó expuesto en el apartado 6.1.6, condiciona el consentimiento sustituto a que el paciente haya expresado su voluntad de someterse a tal procedimiento de forma previa y que haya quedado constancia escrita de ello, en documento de voluntad anticipada o testamento vital, haciendo nugatoria la figura, tal como quedó recogida en el fallo antes citado, y poniendo en una situación de desventaja o discriminación a los pacientes incapacitados para hacer tal manifestación, frente a la protección de su derecho a morir con dignidad [...] ⁴⁵.

Por último, hay que tener en cuenta que, recientemente, la Alta Corporación se ha pronunciado mediante la Sentencia T-060 de 2020 (M.P. Alberto Rojas Ríos), señalando que:

⁴⁴ Ibíd

⁴⁵ Ibíd



[...] De acuerdo con la jurisprudencia constitucional fundada a partir de las sentencias C-239 de 1997 y T-970 de 2014, dos son los presupuestos para garantizar el derecho a morir dignamente a través del procedimiento de eutanasia realizado por un médico, a saber: (i) el padecimiento de una enfermedad terminal que produzca intensos dolores, y (ii) el consentimiento libre, informado e inequívoco del paciente [...] ⁴⁶.

Como deja en evidencia lo expuesto, la H. Corte Constitucional —durante las últimas dos décadas—, ha determinado, revisado y analizado las condiciones bajo las cuales se puede anticipar la muerte a través de la eutanasia, en el ejercicio del derecho a morir con dignidad. En cumplimiento de lo ordenado por este Alto Tribunal, el Ministerio de Salud y Protección Social ha regulado la aplicación de estos criterios y condiciones —bajo los cuales se han de atender y validar las solicitudes de muerte anticipada a través de la eutanasia— para dar cumplimiento a las necesidades de las personas que en su marco de valores optan por esta decisión, sin perder de vista la imperativa necesidad de proteger a las personas que puedan ser víctimas de abusos por parte de terceros, teniendo siempre presente la necesidad de establecer límites para evitar pendientes resbaladizas.

En definitiva, cabe resaltar que la jurisprudencia ha sido enfática en afirmar que la autonomía es el principio fundamental que conduce la decisión de morir dignamente a través de la eutanasia o pues es la persona quien escoge libre y voluntariamente si desea o no someterse a este procedimiento. En todo caso, la H. Corte Constitucional también ha reiterado la importancia de que las regulaciones legales sean estrictas a fin de evitar que bajo la figura del homicidio pietístico realizado por un médico, eutanasia, se cause la muerte a quien tiene la voluntad de vivir o que no sufre una enfermedad terminal. Debido a lo anterior y en cumplimiento a la jurisprudencia que ha sido clara en señalar que **ante la ausencia de una enfermedad terminal con sufrimiento o de la petición expresa y reiterada del sujeto pasivo, adelantar la muerte es un fenómeno distinto a la eutanasia y no compete a la ciencia médica**, la normativa emitida por este Ministerio descarta la posibilidad de que un tercero pueda juzgar que es lo bueno o que es lo que quiere para sí el sujeto pasivo frente a la anticipación de la muerte.

3. POSICIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SOBRE EL DERECHO A LA MUERTE DIGNA

La Corte Constitucional se ha pronunciado a favor de la regulación del derecho a morir con dignidad y en años más recientes ha ordenado al Ministerio de Salud y Protección Social que reglamente la materia, con el objeto de que los colombianos puedan ejercer este derecho a través de la eutanasia. El Ministerio, limitándose a cumplir órdenes perentorias contenidas en los fallos de la Corte Constitucional, ha seguido lineamientos estrictamente administrativos, con el propósito de que no se transgreda tal derecho generando normativa y conceptos en los cuales se actúa bajo los presupuestos y criterios que fundamentan el derecho, basándose en el análisis desde la bioética del final de la vida y la toma de decisiones al final de la vida, en concordancia con los avances y desarrollos en esta área, dentro del

⁴⁶ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. T-060 de 2020, M.P. Alberto Rojas Ríos.



marco de los cimientos filosóficos de la discusión hasta ahora construida desde los diferentes sectores interesados en nuestro país.

La regulación generada, ha buscado el equilibrio constante para la garantía del ejercicio del derecho de los colombianos, que, por su escala de valores consideran como opción de muerte digna, adelantar su momento de muerte a través de la eutanasia, al mismo tiempo que ha fortalecido los límites sobre los cimientos fundamentales de despenalización (diagnóstico de enfermedad terminal, sufrimiento secundario a esta y expresión voluntaria de la solicitud), con el objetivo de evitar el abuso de terceros y la aparición de pendientes resbaladizas. En consecuencia, a esta visión de proporcionalidad, para el ejercicio de los derechos al final de la vida y la protección de las personas en condiciones de vulnerabilidad se ha dado prelación a los principios de autonomía y dignidad humana, como vías instrumentales a través de las cuales la persona –como agente moral–, toma decisiones en ejercicio de sus derechos humanos y las libertades fundamentales que les complementan.

Para el ejercicio de derechos desde lo reglamentado, la persona debe contar con capacidades y habilidades necesarias para decidir ejercer el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, pues son estas las que permiten el ejercicio de la autonomía y autodeterminación sobre lo que se considera digno para sí mismo. La posibilidad de contar con dichas capacidades y habilidades permite la comprensión de la naturaleza y consecuencias de una decisión como la de adelantar el momento de la muerte a través de la eutanasia. Es ese mismo ejercicio de autonomía el que se traduce en la capacidad de deliberar sobre lo que es digno o no, y consecuentemente en la posibilidad de ser respetado en la decisión. El medio de equilibrio para la protección de aquellos que no pueden actuar libremente bajo un plan autoescogido está representado en la reglamentación vigente, a través de documentos de voluntad anticipada y con las exclusiones establecidas en la regulación de niños, niñas y adolescentes.

La autonomía operativa en la que se basa el proceso de toma de decisiones al final de la vida, especialmente en lo relacionado con eutanasia, requiere de habilidades que determinan la capacidad de toma de decisiones: “1) La posesión de valores y metas, 2) la aptitud para comunicar y comprender la información, y 3) la aptitud para razonar y deliberar”⁴⁷, las cuales se reconocen graduales y permiten toma de decisiones variables; sin embargo, frente a una decisión del grado de gravedad de la anticipación de la muerte, se considera necesaria la presencia en completitud y al máximo funcional de estas habilidades, para reconocer que la decisión contiene apreciación de la realidad y es por lo tanto racional.

En coherencia con lo reglamentado, se concluye que una propuesta legislativa debe ser contundente al generar límites que impidan los abusos de terceros al habilitar el tránsito hacia una pendiente resbaladiza eugenésica, donde la decisión pudiera estar mediada –o tomada– por terceros, sin reconocer autonomía o libertad alguna a la persona en proceso de muerte,

⁴⁷ *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: "Who Is Incapacitated and How is it to be Determined?"* citado por J.C Siruara Aparisi, *Ética de las decisiones clínicas ante pacientes incapaces*. Veritas, Revista de Filosofía y Teología, Vol I, No 15 (2006) 223-244.



por ello se excluye de la posibilidad de solicitar eutanasia a quienes en general no puedan expresar de forma libre, inequívoca e informada su voluntad.

La incapacidad de expresar de forma libre, inequívoca e informada una voluntad de anticipación de muerte, en el caso de los niños y niñas, está relacionada con el de desarrollo neuro-fisiológico a través del cual se alcanza progresivamente la presencia de hitos del desarrollo que permiten la toma de decisiones, estas habilidades en el contexto clínico se alcanzan en general entre los once y doce años de edad⁴⁸, y son las que permiten poner a disposición de la persona aptitudes como, (i) la capacidad para recibir la información y reconocer la relevancia de esta además de recordarla, (ii) razonar sobre las alternativas y ordenar estas jerárquicamente de acuerdo a lo que considera apropiado para sí mismo, (iii) contar con la habilidad para seleccionar una opción y renunciar a las otras⁴⁹.

La capacidad de reconocer la naturaleza y consecuencias de la decisión de adelantar el momento de la muerte a través de la eutanasia, determina la posibilidad de una decisión libre, informada e inequívoca, es por ello que la ausencia o insuficiencia de las habilidades previamente descritas a causa de discapacidades intelectuales que limiten la posibilidad de dar un consentimiento cualificado, o la existencia de trastornos psiquiátricos diagnosticados que alteren la competencia para entender, razonar y emitir un juicio reflexivo, también son motivos de exclusión para solicitar eutanasia y para la práctica de este procedimiento.

La discusión sobre las opciones al final de la vida ha sido llevada al debate público en el país desde los conceptos de *dignidad humana* y del *sufrimiento de la enfermedad terminal*, desarrollando así el concepto de morir con dignidad acorde a nuestro contexto social y cultural. Desde las primeras elaboraciones argumentativas sobre el tema y marco jurisprudencial derivado de estas cuestiones, la innovación y el desarrollo de la medicina han permitido mover la discusión en una tendencia creciente al cuidado y alivio de síntomas a través del cuidado paliativo, el cual propende por desarrollar la vida y la calidad de esta dentro del proceso de muerte y sin acelerar su ritmo, pero sin retrasarlo. Los desarrollos en la materia desde entonces han sido técnicos y bioéticos, permitiendo tener mayor claridad en las categorías que abarca el concepto de muerte digna.

Como consecuencia de lo antes mencionado, es importante dejar claridad que el derecho a morir con dignidad está intrínsecamente relacionado con el cuidado integral del proceso de muerte, siendo el derecho a través del cual las personas en ejercicio de su autonomía definen lo que prefieren para sí mismo, de acuerdo a su identidad y valores personales, dentro del proceso de muerte, incluyendo ser el eje de la toma de decisiones, el derecho a ser informado o no al respecto de su condición, a expresar y suscribir una voluntad anticipada, a aceptar o rechazar cuidados específicos para la enfermedad y como medios de alivio sintomático, como bien lo describe A. Gómez:

⁴⁸ Grootens-Wiegers et al. Medical decision-making in children and adolescents: developmental and neuroscientific aspects. BMC Pediatrics (2017) 17:120

⁴⁹ B.C White: Cap. 5 "The Capacities that Define Competence to Consent", Competence to Consent. Georgetown University Press, Washington, D.C. 1994, 154 citado por J.C Siruara Aparisi, Ética de las decisiones clínicas ante pacientes incapaces. Veritas, Revista de Filosofía y Teología, Vol I, No 15 (2006) 223-244.



[...] El “Derecho a morir Dignamente” debe entonces ser entendido no como un derecho unidimensional, sino como el conjunto de facultades que le permiten a una persona... ejercer su autonomía y tener control sobre el proceso de su muerte e imponer a terceros límites respecto a las decisiones que se tomen en el marco del cuidado de la salud.

Las facultades que forman parte del Derecho a Morir Dignamente incluyen diversas decisiones, todas ellas enmarcadas en el poder que tiene el paciente de establecer si el proceso de su muerte se considera digno o no según sus creencias y valores, disponer con libertad de su cuerpo y de su vida y participar en la toma de decisiones de diversa índole. [...] ⁵⁰

Como un medio para garantizar las decisiones sobre el cuidado y la atención integral del proceso de muerte el derecho incluye la posibilidad de escoger atravesar el proceso de muerte bajo **el cuidado paliativo** sin importar la edad de la persona y sin que se entienda que los cuidados paliativos son exclusivos para el final de la vida. El cuidado paliativo incluye en su haber y hacer los conceptos de buena muerte, de síntomas refractarios susceptibles de sedación paliativa, así como el de medidas de rechazo terapéutico y reorientación de objetivos terapéuticos para evitar la prolongación del sufrimiento o la prolongación biológica de la vida humana. En conclusión, **el morir con dignidad no se limita a la eutanasia** – muerte anticipada medicamente por solicitud de la persona con diagnóstico de enfermedad terminal que le provoca sufrimiento–, por lo tanto, con el fin de evitar la persistencia de confusiones semánticas, se procede a dar claridad terminológica que permita elaborar una línea argumentativa para la comprensión del presente proyecto de ley estatutaria.

Para ello, es imperativo ser explícitos en que el concepto de eutanasia del que estamos hablando no es el de buena muerte en genérico ⁵¹, como se determinaba históricamente, en referencia a la muerte virtuosa para los filósofos griegos ⁵², sino no al procedimiento médico que anticipa el momento de muerte de una persona con diagnóstico de enfermedad terminal que le provoca sufrimiento y que le lleva de forma ineludible e irremediable hacia el final de su vida. La voluntariedad y libertad de la solicitud son las características que contradicen completamente otro uso histórico de la palabra, propio de la descripción del programa eugenésico nazi, en el cual se usaba la palabra eutanasia como eufemismo para el homicidio selectivo y sistemático de seres humanos, con el argumento del mejoramiento de la especie dentro de la restauración de la integridad racial alemana ⁵³.

⁵⁰ A.I. Gómez-Córdoba, Dimensiones del derecho a morir con dignamente, Boletín 59, Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente, 2015. Disponible en <http://www.dmd.org.co/boletines/>

⁵¹ Eutanasia, etimológicamente tan sólo significa buena muerte. Es una constante histórica de las sociedades y culturas humanas el haber buscado modos muy diversos de procurar el “bien morir” a sus miembros. P. Simon Lorda y col. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras, Rev Calidad Asistencial. 2008; 23(6):271-85.

⁵² Para los antiguos en la eutanasia no tenía lugar la presencia del médico. La palabra eutanasia solía implicar un final feliz que coronaba una buena vida. Y para los filósofos antiguos tenía que ver más con una muerte en perfección moral, más que un final feliz o sin dolor. A.J.L. Van Hooff, Ancient eutanasia: “good death” and the doctor in the graeco-Roman world. Social Science & Medicine 58 (2004) 975-985.

⁵³ United States Holocaust Memorial Museum, The murder of People with Disabilities, Series: Nazi Rule. 2017. Disponible en: <https://encyclopedia.ushmm.org/content/en/article/the-murder-of-the-handicapped>



Tras la explicación previa, se detallan los siguientes conceptos y se hacen referencias a polisemias frecuentemente usadas en la discusión académica y jurídica:

Eutanasia: procedimiento médico en el que se administran fármacos a dosis letales para inducir la muerte de forma anticipada a una persona con enfermedad en fase terminal, tras la solicitud explícita de la persona, o por la voluntad anticipada de la misma.⁵⁴ Frecuentemente relacionada con los calificativos: Activa, Voluntaria, Directa, Occisiva, Positiva.

Cuidados paliativos: enfoque de atención que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes que enfrentan los problemas asociados con una enfermedad o condición medicamente 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 identificados⁵⁵.

En el final de la vida, el cuidado paliativo es parte esencial del alivio del sufrimiento y de la proyección de la calidad de vida en el proceso de muerte. Frecuentemente categorizado con el neologismo Ortotanasia, considerando que es la buena muerte en el sentido biológico adecuado y oportuno⁵⁶.

Sedación Paliativa: práctica clínica de carácter paliativo, de tipo farmacológico y parte de la atención al final de la vida. En la sedación paliativa, el médico indica la administración de fármacos sedativos y analgésicos a dosis controladas, tras la presencia de un síntoma refractario al tratamiento y a su progresivo escalonamiento, con el objetivo de reducir la percepción física y mental del paciente. No tiene como objetivo inducir la muerte. Usualmente denominada como, Indirecta o Involuntaria, en ocasiones presentada incorrectamente con el neologismo Cacotanasia⁵⁷.

Suicidio Asistido: producción voluntaria de la propia muerte, a través de la toma de medicamentos en dosis letal. No es necesaria la terminalidad, y hay cooperación por parte de un tercero ya sea para el suministro del medicamento o para ayudar a la ingesta del mismo⁵⁸.

⁵⁴ Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 20015.

⁵⁵ International Association for Hospice & Palliative Care, What is palliative care?, 2018. Disponible en: <https://hospicecare.com/what-we-do/publications/getting-started/5-what-is-palliative-care>

⁵⁶ J. Moreno-Molina, Retos del derecho a morir dignamente en Colombia, Foro: avances y retos del derecho a morir dignamente, Fundación Pro Derecho a Morir con Dignidad, Academia Nacional de Medicina Bogotá, 2018.

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ 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, citado por J. Moreno-Molina, Retos del derecho a morir dignamente en Colombia, Foro: avances y retos del derecho a morir dignamente, Fundación Pro Derecho a Morir con Dignidad, Academia Nacional de Medicina Bogotá, 2018.



La Corte no se ha pronunciado al respecto y el suicidio asistido sigue siendo penalizado por el código penal como asistencia al suicidio.

Suicidio Medicamento Asistido: Acto de un profesional sanitario mediante el que proporciona, 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 y/o materiales imprescindibles para que pueda terminar con su vida suicidándose de forma efectiva cuando lo desee⁵⁹.

Como en el anterior caso, la Corte no se ha pronunciado al respecto y el suicidio médicamente asistido sigue siendo penalizado por el código penal como asistencia al suicidio.

El cuidado paliativo ya fue legislado en el país con la Ley 1733 de 2014, conocida como Ley Consuelo Devis Saavedra, la cual reglamenta el derecho a la atención en cuidados paliativos, razón por la cual el presente proyecto de ley estatutaria tiene como objeto establecer los criterios, requisitos y parámetros bajo los cuales una persona con diagnóstico de enfermedad terminal que le produce sufrimiento puede solicitar de forma libre, informada e inequívoca, ejercer el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia. Por otra parte, el proyecto de ley, en reconocimiento a que el ejercicio del mencionado derecho es una garantía de toma de decisiones al final de la vida, reconoce y ratifica que la muerte digna puede ser entonces, la recepción de cuidados paliativos al final de la vida, una combinación de cuidados paliativos y eutanasia, o puede ser tan solo eutanasia tras el rechazo⁶⁰ de los cuidados paliativos.

Por los anteriores motivos, es necesario reglamentar la materia a partir del reconocimiento de que indistintamente al individuo o la sociedad, hay personas concretas que en situaciones determinadas que prefieren morir a seguir viviendo en condiciones de sufrimiento y sin esperanza alguna de recuperación. Para esas personas el anticipar la muerte no compone un daño, pues el daño ha de entenderse como el privar al individuo de algo que valora y desea; lo cual permite afirmar incluso que el daño puede consolidarse al provocar sufrimientos gratuitos, al no permitir el acceso a una muerte anticipada a través de la eutanasia a quien lo solicita en condición de sufrimiento, con un diagnóstico de enfermedad terminal y habiendo recibido la oferta de cuidados paliativos para aliviar el sufrimiento y mejorar su calidad de vida en el cierre de su ciclo vital⁶¹.

El derecho fundamental a morir con dignidad a través de la eutanasia

⁵⁹ *Ibíd.*

⁶⁰ Rechazo Terapéutico: negativa a continuar o iniciar intervenciones invasivas o no, medidas terapéuticas de tratamiento curativo o paliativo, planes de manejo y cuidado específicos que se realiza de forma voluntaria por la persona afectada por la enfermedad o condición médica. J. Moreno-Molina, Retos del derecho a morir dignamente en Colombia, Foro: avances y retos del derecho a morir dignamente, Fundación Pro Derecho a Morir con Dignidad, Academia Nacional de Medicina Bogotá, 2018.

⁶¹ J. Moreno-Molina, Análisis sobre la muerte anticipada. Posición desde una bioética liberal. 2015.



La Constitución de Colombia reconoce la pluralidad y la heterogeneidad de las personas, las reconoce como sujetos capaces de asumir de forma responsable y autónoma sus propias decisiones en los asuntos que le incumben en primera persona, y a través de ese reconocimiento, da el derecho al libre desarrollo de la personalidad sin imposiciones morales o religiosas y a su vez concede el derecho a la libertad de conciencia⁶². Este estado plural y garantista, tiene como fundamento filosófico que las relaciones entre derecho y moral se tracen desde los derechos y en el ámbito de las obligaciones, puesto que nadie puede esperar que los demás consideren una conducta obligatoria en función de sus creencias personales y mucho menos que esa conducta le sea exigible a todas las personas.

La autonomía es un pilar determinante pues es lo que le permite a la persona autodeterminarse según sus características, identidad, valores personales, necesidades y capacidades. A través del ejercicio de la autonomía, la persona construye un plan vital que incluye el final de la vida. Si bien el ejercicio de la autonomía no es ajeno al contexto cultural o social, y esas variables son sin duda elementos definitivos para la autodeterminación, no tienen un valor de mayor cuantía que la voluntad individual. Específicamente en lo que concierne al final de la vida, el imaginario social es que la persona en sufrimiento no tiene la libertad de elegir, por su contexto de vulnerabilidad, sino que debe limitarse a ser cuidado casi que transformándose en un deber el permitir que otros cuiden de él. Esa transformación de la persona con diagnóstico de enfermedad terminal en sujeto estricto de cuidado, le aleja de su derecho de autogobierno, y así de la posibilidad de adelantar el momento de muerte si ese fuese su deseo, aunque esto pueda resultar incómodo para la sociedad en general.

i. Consentimiento Informado en la salud y la autonomía

En relación a la dimensión propia de la autonomía asociada al derecho a la salud, el consentimiento informado se puede asimilar como una extensión de ese derecho, tal y como se desprende de lo siguiente:

[...] 9.- La facultad del paciente de tomar decisiones relativas a su salud ha sido considerado un derecho de carácter fundamental por la jurisprudencia constitucional al ser una concreción del principio constitucional de pluralismo⁶³ (artículos 1 y 7 de la Carta Política) y de los derechos fundamentales a la dignidad humana⁶⁴ (artículo 1 ídem), al libre desarrollo de la personalidad⁶⁵ (artículo 16 de la Constitución) –cláusula general

⁶² C. Gaviria Díaz, Exposición de motivos del proyecto de ley, POR LA CUAL SE DESARROLLA EL ARTÍCULO II DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES RELACIONADAS CON LA DIGNIDAD HUMANA DE LOS ENFERMOS TERMINALES, Bogotá, 2004.

⁶³ Sentencias SU337 de 1999, T-1021 de 2003, T-1229 de 2005, T-1019 de 2006 y T-653 de 2008, entre otras.

⁶⁴ Ver, entre otras, las sentencias T-401 de 1994, SU337 de 1999, T-850 de 2002, T-1021 de 2003, T-762 de 2004, T-1229 de 2005, T-866 de 2006, T-1019 de 2006, T-560 A de 2007, T-216 de 2008 y T-653 de 2008.

⁶⁵ Sentencias T-401 de 1994, T-493 de 1993, SU337 de 1999, T-823 de 2002, T-1229 de 2005, T-866 de 2006, T-1019 de 2006, T-216 de 2008 y T-653 de 2008, entre otras.



de libertad del ordenamiento jurídico colombiano⁶⁶-, a la integridad personal⁶⁷ (artículo 12 ídem) y a la salud (artículo 49 de la Constitución⁶⁸).

En efecto, si uno de los contenidos protegidos por el derecho a la dignidad humana es *“la autonomía o posibilidad de diseñar un plan vital y determinarse según sus características (vivir como quiera)”*⁶⁹, que corresponde a su vez con el ámbito protegido por el derecho al libre desarrollo de la personalidad⁷⁰, resulta lógico que, en lo que toca con los tratamientos médicos, el paciente tenga la facultad de asumirlos o declinarlos de acuerdo con ese modelo de vida que ha construido de acuerdo a sus propias convicciones. Específicamente ha determinado esta Corporación que *“del principio general de libertad emana el derecho específico de la autonomía del paciente que le permite tomar decisiones relativas a su salud”*⁷¹.

De allí que la Corte haya insistido en que *“nadie puede disponer sobre otro”*⁷² ya que *“si los individuos son libres y agentes morales autónomos, es obvio que es a ellos a quienes corresponde definir cómo entienden el cuidado de su salud (...)”*⁷³. En otras palabras, en el campo de la práctica médica, *“toda persona es autónoma y libre para elegir y decidir cuál opción seguir, entre las diversas alternativas que se le presentan con relación a aquellos asuntos que le interesan. De acuerdo con esto, la Constitución reconoce que dentro de los límites que ella misma traza, existen diferentes concepciones de bien y de mundo, igualmente válidas, desde las cuales toda persona puede construir legítimamente un proyecto de vida”*⁷⁴.

En similar sentido, esta Corporación ha indicado que la autonomía del paciente en materia médica es desarrollo del principio de pluralismo reconocido en los artículos 1 y 7 de la Constitución ya que este *“implica que existen, dentro de ciertos límites, diversas formas igualmente válidas de entender y valorar en qué consiste la bondad de un determinado tratamiento médico”*⁷⁵.

Así mismo, impedir a una paciente decidir si se somete o se rehúsa a un tratamiento médico atenta contra otro de los contenidos protegidos por el derecho a la dignidad humana cual es la *“intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral (vivir sin humillaciones)”*⁷⁶, el cual se relaciona de forma innegable con

⁶⁶ Sentencias C-221 de 1994, C-616 de 1997 y C-309 de 1997, entre otras.

⁶⁷ Sentencias T-401 de 1994, SU337 de 1999 y T-866 de 2006, entre otras.

⁶⁸ Sentencias T-866 de 2006, T-216 de 2008 y T-760 de 2008, entre otras.

⁶⁹ Sentencia T-881 de 2002.

⁷⁰ La jurisprudencia constitucional ha definido el derecho al libre desarrollo de la personalidad como *“la posibilidad de que cada individuo opte por su plan de vida y su modelo de realización personal conforme a sus intereses, deseos y convicciones”*. Ver sentencias C-176 de 1993, C-616 de 1997, C-309 de 1997, T-248 de 1996, T-090 de 1996 y T-1218 de 2003, entre muchas otras.

⁷¹ Sentencias SU337 de 1999, T-1019 de 2006 y T-216 de 2008, entre otras.

⁷² Sentencia T-823 de 2002.

⁷³ Sentencia SU337 de 1999. Reiterada en la sentencia T-1019 de 2006.

⁷⁴ Sentencia T-1229 de 2005.

⁷⁵ Sentencia SU337 de 1999.

⁷⁶ Sentencia T-881 de 2002.



el derecho a la integridad personal. En este sentido, ha manifestado la Corte que *“si las personas son inviolables, sus cuerpos también lo son, por lo cual no pueden ser intervenidos sin su permiso (...) el individuo es titular de un derecho exclusivo sobre el propio cuerpo, por lo cual cualquier manipulación del mismo sin su consentimiento constituye una de las más típicas y primordiales formas de lo ilícito”*⁷⁷.

Finalmente, según la Observación General número 14 acerca del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud emitida por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el derecho a la salud incluye el derecho de las personas a controlar su salud y su cuerpo y a no ser sometidas a tratamientos y experimentos médicos no consensuales⁷⁸.

En conclusión *“toda actuación destinada a instrumentalizar a la persona, impidiéndole que pueda tomar las decisiones que estime convenientes sobre su propio cuerpo, se muestra como abiertamente desproporcionada y contraria a los principios que informan el Texto Superior”*⁷⁹ [...] ⁸⁰.

Como se puede observar, dentro del ordenamiento jurídico hay preceptos de carácter superior tendientes a salvaguardar el consentimiento informado.

ii. Muerte anticipada y Autonomía

La eutanasia es un ejercicio de autonomía, dentro del derecho a la salud al final de la vida, es una elección coherente con el reconocimiento del cierre del ciclo vital, donde lo más importante para quien toma la decisión es la autodeterminación, el proceso de toma de decisión depende única y exclusivamente de la escala de valores de la persona, sujeto pasivo que la solicita, y no del común de la sociedad. Por lo tanto, es un ejercicio del derecho al libre desarrollo de la personalidad, al final de la vida, el elegir como forma de morir dignamente la eutanasia frente a un diagnóstico de enfermedad terminal.

Al no permitir elegir finalizar la vida a través de eutanasia en un proceso de muerte reconocido como irremediable e irrevocable, se hace una obligación continuar viviendo en sufrimiento, en una situación que solo tiene como resultado la muerte. La obligación de continuar viviendo, justificada en el argumento de la sacralidad de la vida, se aleja de la perspectiva en la que se asienta un Estado Social de Derecho (art. 1 C. Pol.), en el que se puede tener consideraciones divergentes, incluidas esas donde se valora la vida como un bien particular sacro o no, por lo tanto, no permitir la elección supone, entre otros, una violación al derecho a libertad de conciencia. Limitar el actuar de una persona frente a la eutanasia, solo por no compartir las convicciones de que es lo bueno para sí mismo frente a la muerte, es invadir la intimidad de la conciencia del otro y delimitar su autonomía desde la creencia de los demás. Obligar a todos por igual a vivir el mismo proceso de muerte sin opción de acceder a la eutanasia, es no permitirle actuar a alguien conforme su conciencia personal y su juicio sobre

⁷⁷ Sentencia SU337 de 1999. Reiterada en la sentencia T-1019 de 2006.

⁷⁸ Sentencia T-760 de 2008.

⁷⁹ Sentencia T-1021 de 2003.

⁸⁰ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. T-452 de 2010, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.



la vida y la experiencia individual que hace que su propia circunstancia sea incompatible con su dignidad humana.

iii. Muerte anticipada y Dignidad Humana

El principio de dignidad humana está íntimamente relacionado con el ejercicio del derecho a morir con dignidad; este principio es reflejo del ejercicio de autonomía de la persona como agente moral frente a sus derechos fundamentales y libertades, al entenderse desde la visión individual del cómo quiere vivirse la vida y en la materia que nos convoca, la propia muerte.

La dignidad humana comprende la autonomía individual y la composición de las libertades mediante las cuales se determina cómo vivir y en qué condiciones, sin que el resultado de esas elecciones derive necesariamente en degradaciones sobre la integridad física o moral. Comprender lo anterior, implica entender que no es la vida en general lo especial sino los individuos de cuya vida hablamos los que son especiales⁸¹. Ilustrado lo anterior, podemos concluir que no hay un respeto exclusivo a la vida en general, sino un respeto por las personas y su vida como bien personal, respeto que se traduce en reconocer el derecho a elegir según la conciencia personal frente a la propia muerte, en este caso el imperativo moral no es el valor natural de existencia biológica, sino la interpretación particular de la persona sobre su vida, en especial cuando delibera frente a cuál es su mejor interés ante la evolución de una muerte inevitable, secundaria a un diagnóstico enfermedad terminal.

iv. Voluntariedad de la decisión de eutanasia

La interpretación particular de la *dignidad frente a la muerte* proviene de la persona como una expresión voluntaria y libre. Autonomía y libertad son condiciones primordiales e ineludibles cuando se trata de decidir sobre el final de la vida, el resultado es una reflexión a conciencia, consecuencia del libre desarrollo de la personalidad ya sea de forma anticipada o al final de la vida. En conclusión, una expresión voluntaria frente a lo que se considera una muerte digna, 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.

Frente a la propia muerte, nadie más que la propia persona sabe que algo le causa un sufrimiento de tal magnitud que se hace incompatible con su idea de dignidad y de vida. Ciertamente, que cualquier persona diferente a uno mismo, en un ejercicio de sustitución de la voluntad, determine que continuar viviendo configura un daño, va en contravía de la definición de decisión autónoma.

Elaborar un concepto frente a la 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, cualquier otro ejercicio no sería más que la relativización del sufrimiento por un tercero, lo que no solo va en contravía de la autonomía, sino de lo que significa el sufrimiento para quien muere. Es contundente que un tercero no

⁸¹ J. Moreno-Molina, Análisis sobre la muerte anticipada. Posición desde una bioética liberal. 2015.



puede juzgar que es lo bueno para el sujeto pasivo, ni decidir por él, cuándo los valores intrínsecos de la eutanasia como forma de muerte con dignidad, son la autonomía y el juicio personal sobre el sufrimiento de la enfermedad terminal, 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.

Razón de peso para descartar, lo ya definido en otros países del mundo occidental donde se ha discutido o regulado la materia, como una opción el consentimiento sustituto. El *consentimiento sustituto* no es válido para el caso de la eutanasia, como consecuencia de la falta del elemento principal la autonomía, la ausencia de su ejercicio para reconocer las condiciones desde las cuales se construye una decisión, información seria y fiable sobre su estado de enfermedad, del pronóstico de la misma y de las opciones terapéuticas y paliativas todo enmarcado en la capacidad intelectual suficiente para tomar la decisión en plena comprensión y apreciación de la naturaleza y resultados de esta.

A diferencia del consentimiento sustituto que hace referencia a un tercero tomando la decisión, la *voluntad anticipada* es el uso de una medida de autogobierno como expresión voluntaria y libre, resultado de la evaluación del riesgo de que a futuro la persona no pueda expresar su preferencia, como consecuencia de una enfermedad en fase terminal o por la pérdida de sus capacidades para razonar y emitir juicios al respecto. La voluntad anticipada es una forma de expresión de las preferencias, que permiten la expresión de la autodeterminación según las individualidades y valores personales, así como de las posibles necesidades y cambios en las propias capacidades. Las voluntades anticipadas surgen de un proceso de ponderación del mejor interés personal, se construyen igualmente desde la autonomía y la dignidad humana permitiendo al individuo una extensión en el tiempo de lo que se considera bueno y que no. Por lo tanto, son válidas para conocer las decisiones y preferencias al final de la vida o frente a la propia muerte, mientras se hayan elaborado en condiciones de carácter formal a través de un medio documental.

v. La persona que solicita la eutanasia como forma ejercicio del derecho a morir con dignidad, encontrándose con un diagnóstico de enfermedad terminal que le produce sufrimiento intenso.

Cualquier persona domiciliada en Colombia mayor de 12 años de edad, tiene el derecho a solicitar como opción de muerte digna que le sea practicada la eutanasia, si esta solicitud es el resultado de una decisión, libre, informada e inequívoca, y es expresada de forma voluntaria tras el ejercicio autónomo que concluye, en escoger la anticipación de la muerte como el mejor interés para sí mismo. Para llegar a la expresión de solicitud se considera necesario e inamovible que la persona cuente con capacidades, competencias y habilidades que le permitan razonar y emitir juicios reflexivos sobre su propia vida y muerte, así como de la capacidad de entender la naturaleza de la decisión y sus consecuencias.

La extensión del ejercicio de autonomía, a los adolescentes nace en el entendimiento y reconocimiento de que la muerte no es distante en cualquier momento de la vida. Sin embargo, para cumplir con las condiciones fundamentales del ejercicio de toma de decisiones



frente a la propia muerte, es necesario contar con capacidades, competencias y habilidades que le permitan razonar y emitir juicios reflexivos sobre su propia vida y muerte. En suma a un concepto específico de la muerte, idea que en los menores de 18 años, sigue una cadena evolutiva íntimamente ligada a su desarrollo y a su experiencia vital, por lo tanto para elaborar un juicio de esta relevancia y gravedad, se han tenido no solo que alcanzar hitos del desarrollo y habilidades propias de la adultez, que permitan construir no solo un concepto de muerte, sino relacionarlo con la posibilidad de adelantar el momento de muerte en caso de encontrarse ante un diagnóstico de enfermedad terminal.

A diferencia de los mayores de edad, la construcción de una voluntad anticipada no se prevé posible como medida de autogobierno en el tiempo para el caso de los adolescentes sanos o sin diagnóstico de enfermedad que amenaza la vida, dado que la toma de decisiones en este ámbito específico tiene una relación consecuente con las experiencias relacionadas con la enfermedad y la muerte, como asuntos de la evolución de la persona, dimensiones no priorizadas en el desarrollo natural del adolescente; por lo tanto, la planificación de la muerte dentro del crecimiento en un proceso evolutivo no modificado por la enfermedad no cuenta con la suficiente validez. El proceso evolutivo y de desarrollo personal es tendiente al cambio, la mejora y la diversificación, y aunque pudieran presentarse juicios frente a la vida como bien y frente a su propio cuerpo, la planificación de la propia muerte sin encontrarse en el contexto de una enfermedad que amenace la vida es materia descartada para los menores de 18 años.

vi. Sobre el diagnóstico de enfermedad terminal, concepto de sufrimiento y la recepción del cuidado paliativo

La persona con diagnóstico de enfermedad terminal, es una persona con una o múltiples enfermedades médicamente comprobadas, avanzadas y con carácter progresivo, donde la condición general es la ausencia de posibilidades razonables de cura, así como la ausencia de resultados médicos con los mejores tratamientos específicos disponibles en su contexto. De la condición física del enfermo en fase terminal sabemos que hay presencia de síntomas múltiples, intensos y muchas veces intratables que provocan sufrimiento físico-psíquico, pero que a pesar del proceso de enfermedad y de su evolución, la persona puede conservar capacidades para la toma de decisiones y puede planificar y proyectar su cuidado. Es importante reconocer que la persona en condición de enfermo terminal puede aceptar que la muerte es inminente, que el futuro no existe excepto por el mundo de la trascendencia si esta hace parte de sus creencias personales, y partiendo de ese contexto puede dar valor y ponderación a lo que considera apropiado y mejor para sí mismo. Lo anterior, es el claro reconocimiento a la consideración constitucional de que la persona es un sujeto moral capaz de asumir en forma responsable y autónoma las decisiones sobre los asuntos que a él le incumben, incluido el final de la vida y las situaciones clínicas que esa condición puede representar.

Los estadios clínicos del final de la vida son tres momentos: enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal y situación de agonía. El tiempo hasta el momento de muerte y la capacidad de respuesta a los tratamientos específicos es lo que les diferencia y posibilita a su vez el proceso razonable y reflexivo de toma de decisiones, cuando se cuenta con



información clara y suficiente, así como también permite que el ejercicio de elección, pueda ser objetivamente validado tras una solicitud de eutanasia.

En la *enfermedad incurable avanzada*, hay una evolución gradual hacia el deterioro físico, con afectación en la calidad de vida y presencia de sufrimiento —de acuerdo al impacto de los síntomas en la vida del paciente y angustias que esto provoque— indiscutiblemente puede existir la necesidad de aliviar o resolver esos síntomas con cuidado paliativo, durante este periodo la evolución de la enfermedad hacia el momento de muerte se espera suceda a mediano plazo. En la *enfermedad terminal*, el contexto de fragilidad y vulnerabilidad es de evidente progresión, la presencia de síntomas y sufrimiento relacionados con el proceso de deterioro suponen la necesidad de los cuidados paliativos de forma continua, el proceso de muerte lleva a un pronóstico de vida limitado a semanas o máximo de 6 meses, y la pérdida de funcionalidad es un hecho, el deterioro es evolutivo, irreversible e irremediable. Con el paso del tiempo la fase de terminalidad transcurre a la *situación de agonía*, aquella que precede al momento de muerte, en días u horas⁸².

La identificación del periodo de enfermedad terminal y de la fase de terminalidad, es la respuesta técnica a lo denominado como pronóstico relativamente corto, del que habla la jurisprudencia Colombiana. La identificación de la terminalidad en el proceso de enfermedad puede realizarse, dependiendo del origen de la enfermedad, con escalas relacionadas de funcionalidad y predictores de supervivencia corta – Escala de Karnofsky, Escala ECOG, Escala PPS, Escala PPI, Escala PaP y Guía para pronóstico de enfermedades no oncológicas de la *National Hospice and Palliative Care Organization*, el Índice de Barthel o una Valoración Multidimensional Individualizada, entre otros criterios técnicos específicos para enfermedades no oncológicas— lo que permite predecir el pronóstico de vida y la calidad de vida partiendo de la evidencia de enfermedad y como esta afecta la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria⁸³

La evidencia científica propone como término de tiempo para la enfermedad terminal seis (6) meses. La determinación de este tiempo de pronóstico vital frente a una enfermedad incurable y avanzada, es crítica para hablar de eutanasia, pues al igual que descartar la autonomía y el juicio personal sobre la propia muerte, el descartar la condición de terminalidad, implica hablar de otras formas de aproximarse al momento de muerte por fuera de la evolución natural de la enfermedad.

La ausencia del criterio de terminalidad, implica hablar de otras opciones no atendidas por nuestro marco jurisprudencial al despenalizar el homicidio por piedad, en aras de respetar al sujeto pasivo cuando en su concepto la vida bajo las circunstancias provocadas por la enfermedad terminal le son indignas y le generan intenso sufrimiento y dolor. Las opciones de anticipación de muerte en el contexto de la muerte medicamente asistida se dividen en

⁸² A. Peczkik, Cuidados del enfermo terminal, Terminalidad Terapéutica y Cuidados Paliativos, El sujeto ante su muerte, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2012. Pág., 42.

⁸³ Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.



dos modalidades, Eutanasia⁸⁴ y Suicidio Medicamente Asistido-SMA⁸⁵, la distinción generalmente aceptada entre estas es la condición de terminalidad de la enfermedad, en la eutanasia la persona que solicita la anticipación de la muerte se encuentra en el estadio de final de vida⁸⁶, específicamente en enfermedad terminal⁸⁷—o agonía para algunos casos—, y su voluntad es anticipar un momento de muerte cercano; en tanto el SMA, puede y es usado por las personas indistintamente del estadio de final de vida o de la presencia de sufrimiento; las características compartidas por estas opciones son la voluntariedad del sujeto pasivo y la presencia del médico, quien para el caso del SMA puede prescribir los medicamentos y administrarlos o solo prescribirlos y no administrarlos, en el procedimiento eutanásico el médico es quien administra los medicamentos.

Por otra parte, frente a la ausencia de voluntariedad cabe aclarar —e insistir— que:

[...] es un requisito imprescindible para hablar de eutanasia que exista una petición expresa y reiterada del paciente. Que no haya consentimiento informado expreso del paciente hace que la actuación del profesional deba ser etiquetada sin más que un homicidio. Habitualmente, dado que se realiza en un contexto de sufrimiento intenso, y que lo que pretende el profesional es, en última instancia, el alivio de ese sufrimiento, quizá podría añadirse la atenuante de la “compasión”. Pero en cualquier caso parece que existe acuerdo general en que el homicidio es siempre, en principio, una actuación contraria a la ética, y por supuesto jurídicamente punible según el Código Penal, con o sin atenuantes.

Por ello, las expresiones “eutanasia voluntaria” y “eutanasia involuntaria” son innecesarias y confusas. La eutanasia siempre es, por definición, voluntaria, y la eutanasia involuntaria no es eutanasia, sino homicidio.⁸⁸

En relación al concepto de *sufrimiento* al final de la vida, es importante comprenderlo desde la visión del principio de dignidad humana, como una experiencia de la persona, un reducto de la multidimensionalidad del ser persona y no estrictamente del ser humano en general. Las dimensiones del sufrimiento de la persona en el ámbito médico han sido descritas como un estado de distrés, más o menos permanente, experimentado por el sujeto en el seno de

⁸⁴ Existe si: se induce la muerte, se trata de un enfermo terminal, la solicita voluntariamente, el objetivo es evitar un daño mayor —sufrimiento—, la acción la realiza un médico.

⁸⁵ Actuación de un profesional sanitario mediante la que proporciona, a petición expresa y reiterada de su paciente capaz y con una enfermedad irreversible que le produce un sufrimiento que experimenta como inaceptable y no se ha conseguido mitigar por otros medios, los medios intelectuales y/o materiales imprescindibles para que pueda terminar con su vida suicidándose de forma efectiva cuando lo desee. P. Simon Lorda y col. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras, Rev Calidad Asistencial. 2008; 23(6):271-85.

⁸⁶ Los estadios clínicos de final de vida son 3: enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal (incluye la fase de terminalidad) y agonía. Se diferencian en la capacidad fisiológica del cuerpo para responder a las intervenciones que se le realicen.

⁸⁷ R. Vásquez, Algo más sobre el suicidio asistido y la eutanasia, Del aborto a la clonación, Principios de una Bioética Liberal, Fondo de Cultura Económica.

⁸⁸ P. Simon Lorda y col. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras, Rev Calidad Asistencial. 2008; 23(6):271-85.



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 indefenso⁸⁹.

El sufrimiento en el proceso de muerte, 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 transcendencia espiritual. En conclusión, el sufrimiento de la persona con enfermedad en con enfermedad terminal es multidimensional, propio y determinado por la persona que muere.

El sufrimiento multidimensional en la cercanía a la muerte⁹⁰, 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 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 total⁹¹, 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 sobre el final de la vida, las definiciones y el impacto del sufrimiento en cada persona requieren siempre de la atención y cuidado para su alivio por parte de cuidados paliativos, 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 eutanasia como se ha repetido a lo largo de esta exposición de argumentos es siempre por definición, voluntaria, y para que una solicitud se construya de forma libre, informada e inequívoca, en ejercicio de autodeterminación, debe darse desde el ejercicio de la autonomía y la ponderación de lo que se considera digno para sí mismo, lo que incluye la posibilidad de

⁸⁹ Montoya Juárez R, Schmidt Río-Valle J, Prados Peña D. En busca de una definición transcultural de sufrimiento; una revisión bibliográfica. 2006.

⁹⁰ 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.

⁹¹ 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.



buscar alternativas de alivio –cuidados paliativos–, rechazarlas o recibirlas hasta que se considere necesario dentro del proceso individual de morir.

4. EL CARÁCTER ESTATUTARIO DE LA NORMA

En primer lugar, es relevante entrar a considerar el grado prevalente de la norma, vale decir, su nivel estatutario, el cual se asocia al reconocimiento que la Corte Constitucional hizo a partir del año 1997 al estimar que: “[...] *El derecho a morir dignamente, es un derecho fundamental. 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 [...]”*”. Al respecto, de acuerdo con el artículo 152 de la Constitución Política (adicionado por los Actos Legislativo 02 de 2004 y 02 de 2012⁹²), 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 fuera del texto], entre otros eventos, deben tener ese carácter⁹³. Esta clase de normas tienen un trámite especial, una mayoría absoluta y una revisión previa de la Corte Constitucional (art. 153 *ibíd.*). Para delimitar su alcance y evitar que toda norma que aluda a un derecho fundamental sea susceptible de ese trámite, la Alta Corporación ha señalado en los casos que ha suscitado duda, lo siguiente:

i. Sobre su relación con otras temáticas, entre ellas la laboral, se indicó:

[...] Ahora bien, como se menciona en la transcripción del Informe-Ponencia, las leyes estatutarias sobre derechos fundamentales tienen por objeto desarrollarlos y complementarlos. Esto no supone que toda regulación en la cual se toquen aspectos relativos a un derecho fundamental deba hacerse por vía de ley estatutaria. De sostenerse la tesis contraria, se vaciaría la competencia del legislador ordinario. La misma Carta autoriza al Congreso para expedir, por la vía ordinaria, códigos en todos los ramos de la legislación. El Código Penal regula facetas de varios derechos fundamentales cuando trata de las medidas de detención preventiva, penas y medidas

⁹² Cfr., **CORTE CONSTITUCIONAL**, sent. C-740 de 2013, M.P. Nilson Pinilla Pinilla.

⁹³ Se destaca, entre las leyes que se han expedido como estatutarias desde la adopción 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 1996**, 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.



de seguridad imponible, etc. Los Códigos de Procedimiento sientan las normas que garantizan el debido proceso. El Código Civil se ocupa de la personalidad jurídica y de la capacidad de las personas. En resumen, mal puede sostenerse que toda regulación de estos temas haga forzoso el procedimiento previsto para las leyes estatutarias.

Las leyes estatutarias están encargadas de desarrollar los textos constitucionales que reconocen y garantizan los derechos fundamentales. No fueron creadas dentro del ordenamiento con el fin de regular en forma exhaustiva y casuística todo evento ligado a los derechos fundamentales.

Así, una ley estatutaria deberá desarrollar, para el caso del derecho al trabajo, el concepto del **trabajo como obligación social**, lo que se entiende por "**condiciones dignas y justas**", la determinación de las **distintas modalidades del trabajo que gozan de la especial protección del Estado** y, en fin, enriquecer el contenido de este derecho con base en los desarrollos que surjan de los tratados y convenios internacionales [...]⁹⁴.

ii. En materia de seguridad social, sin perjuicio de que hoy en día se reconozca la salud como un derecho fundamental autónomo⁹⁵, se enunciaba:

[...] no debe ser objeto de reglamentación mediante la vía legal exceptiva de las leyes estatutarias por no corresponder a los elementos de derechos fundamentales que quiso el constituyente someter a dicha categoría legal, por tratarse de elementos de tipo asistencial que provienen, en oportunidades, de la existencia de una relación laboral, y en otras, de la simple participación en el cuerpo social, y derechos gratuitos en oportunidades y onerosos en la mayoría de los casos [...]⁹⁶.

iii. En cuanto a la regulación de profesiones u oficios, ha manifestado:

[...] Esto significa que las leyes estatutarias están encargadas de regular únicamente los elementos estructurales esenciales de los derechos fundamentales y de los mecanismos para su protección, pero no tienen como objeto regular en detalle cada variante de manifestación de los mencionados derechos o todos aquellos aspectos que tengan que ver con su ejercicio, porque ello conduciría a una petrificación del ordenamiento jurídico [...]⁹⁷.

⁹⁴ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-013 de 21 de enero de 1993, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz. En el mismo sentido y frente a la Ley 25 de 1992 sobre divorcio, se pronunció dicha Corporación, cfr. sent. C-566 de 2 de diciembre de 1993, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa. Igualmente y en torno a la regulación del régimen de los servidores públicos fue la tesis sostenida en la sent. C-262 de 20 de junio de 1995, M.P. Fabio Morón Díaz.

⁹⁵ Cfr. CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-313 de 2014, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

⁹⁶ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-408 de 15 de septiembre de 1994, M.P. Fabio Morón Díaz.

⁹⁷ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-226 de 1995, M.P. Alejandro Martínez Caballero.



iv. La misma posición ha sostenido en materia de inhabilidades e incompatibilidades en la medida en que a través de esa normatividad no se regula el núcleo esencial del derecho⁹⁸.

v. Con el fin de que no se llegue al extremo de que lo estatutario termine en el marasmo de leyes ordinarias, ha señalado entonces que aquellos casos en los que se restringen o limitan derechos se está en presencia de una norma de carácter estatutario⁹⁹. Ha excepcionado, sin embargo, a los tratados internacionales, cuyo trámite es especial¹⁰⁰. En cuanto a lo primero ha estipulado, al referirse a la regulación del habeas corpus, lo siguiente:

[...] 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 [...] ¹⁰¹.

De esta manera, concluyó que se trataba de un caso de regulación de carácter estatutario.

vi. Decantado el tema en materia de la regulación de derechos fundamentales ha precisado:

[...] De acuerdo con esa jurisprudencia y con los precedentes constitucionales anteriores a ésta¹⁰², 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.

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 proporcionalidad, pueda establecer el legislador [...] ¹⁰³.

⁹⁸ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-381 de 31 de 1995, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa. En el mismo sentido la sent. C-392 de 2000, M.P. Antonio Barrera Carbonell.

⁹⁹ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-374 de 1997, M.P. José Gregorio Hernández Galindo.

¹⁰⁰ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-406 de 1999, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

¹⁰¹ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-620 de 2001, M.P. Jaime Araújo Rentería.

¹⁰² Entre otras, pueden consultarse las siguientes sentencias: C-567 de 1997, C- 384 de 2000, C- 670 de 2001.

¹⁰³ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-687 de 2002, M.P. Eduardo Montealegre Lynett.



vii. 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 señalado¹⁰⁴:

- a. 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.
- b. Sin embargo, en ciertos temas se ha exigido una regulación exhaustiva en materia estatutaria, a saber, la reserva reforzada en temas como el electoral.
- c. 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).
- d. 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**”*.
- e. No obstante, debe comprender también la regulación de los aspectos principales e importantes al derecho que se regula.

Ha indicado, además, que los casos de leyes estatutarias son taxativos y, por ende, ni el intérprete ni el legislador pueden ampliar tales casos¹⁰⁵ ni convertir cualquier regulación de derechos fundamentales en materia de ley estatutaria¹⁰⁶ 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 operativas¹⁰⁷.

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 *ibíd.*) asociados a la dignidad de la persona (art. 1º *ibíd.*) así como, naturalmente, la inviolabilidad de la vida y su eventual disponibilidad en los términos expresados por la Alta Corporación (art. 11 *ibíd.*). A su turno, la sentencia T-970 reiteró el carácter fundamental del derecho en los siguientes términos:

¹⁰⁴ Cfr. CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-791 de 2011, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

¹⁰⁵ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-498 de 1999, M.P. Hernando Herrera Vergara.

¹⁰⁶ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-434 de 1996, M.P. José Gregorio Hernández Galindo.

¹⁰⁷ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-448 de 1997, M.P. Alejandro Martínez Caballero.



[...] El derecho a morir dignamente, es un derecho fundamental¹⁰⁸. 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 [...] ¹⁰⁹.

Acorde con lo indicado *ut 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, igualmente, 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 solo 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 exequibles¹¹⁰. 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.

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Ministro de Salud y Protección Social

Aprobó:
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios.
Dirección de Promoción y Prevención.
Dirección Jurídica.

¹⁰⁸ Sobre el concepto de derecho fundamental, ver sentencias T-491 de 1992, T-532 de 1992, T-571 de 1992, T-135 de 1994, T-703 de 1996, T-801 de 1998, entre otras.

¹⁰⁹ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-970 de 2014, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

¹¹⁰ 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.



Referencias

A.I. Gómez-Córdoba, Dimensiones del derecho a morir con dignamente, Boletín 59, Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente, 2015. Disponible en <http://www.dmd.org.co/boletines/>

A.J.L. Van Hooff, Ancient euthanasia: “good death” and the doctor in the graeco-Roman world. *Social Science & Medicine* 58 (2004) 975-985.

B.C White: Cap. 5 “The Capacities that Define Competence to Consent”, *Competence to Consent*. Georgetown University Press, Washington, D.C. 1994, 154 citado por J.C Siruara Aparisi, *Ética de las decisiones clínicas ante pacientes incapaces*. Veritas, Revista de Filosofía y Teología, Vol I, No 15 (2006) 223-244.

C. Gaviria Díaz, Exposición de motivos del proyecto de ley, POR LA CUAL SE DESARROLLA EL ARTÍCULO II DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES RELACIONADAS CON LA DIGNIDAD HUMANA DE LOS ENFERMOS TERMINALES, Bogotá, 2004.

Constitución Política de 1991.

CORTE CONSTITUCIONAL, Auto 016 de 2014.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-384 de 2000.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-670 de 2001.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-013 de 1993.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-176 de 1993.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-221 de 1994.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-226 de 1995.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-239 de 1997.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-309 de 1997.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-313 de 2014.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-374 de 1997.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-381 de 1995.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-406 de 1999.

Carrera 13 N° 32 - 76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C.

Teléfono: (57 - 1) 3305000 - Línea gratuita: 018000960020 - fax: (57-1) 3305050 - www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-408 de 1994.
CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-434 de 1996.
CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-448 de 1997.
CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-498 de 1999.
CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-566 de 1993.
CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-567 de 1997.
CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-616 de 1997.
CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-620 de 2001.
CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-687 de 2002.
CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-791 de 2011.
CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-337 de 1999.
CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-090 de 1996.
CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-1019 de 2006.
CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-1021 de 2003.
CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-1229 de 2005.
CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-135 de 1994.
CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-216 de 2008.
CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-248 de 1996.
CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-322 de 2017.
CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-401 de 1994.
CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-423 de 2017.
CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-452 de 2010.
CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-491 de 1992.

Carrera 13 N° 32 - 76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C.

Teléfono: (57 - 1) 3305000 - Línea gratuita: 018000960020 - fax: (57-1) 3305050 - www.minsalud.gov.co



CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-493 de 1993.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-532 de 1992.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-544 de 2017.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-560A de 2007.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-571 de 1992.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-653 de 2008.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-703 de 1996.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-721 de 2017.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-760 de 2008.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-762 de 2004.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-801 de 1998.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-823 de 2002.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-850 de 2002.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-866 de 2006.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-881 de 2002.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-970 de 2014.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-060 de 2020.

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.

Grootens-Wiegers et al. Medical decision-making in children and adolescents: developmental and neuroscientific aspects. BMC Pediatrics (2017) 17:120

International Association for Hospice & Palliative Care, What is palliative care?, 2018. Disponible en: <https://hospicecare.com/what-we-do/publications/getting-started/5-what-is-palliative-care>



J. Moreno-Molina, Análisis sobre la muerte anticipada. Posición desde una bioética liberal. 2015.

J. Moreno-Molina, Retos del derecho a morir dignamente en Colombia, Foro: avances y retos del derecho a morir dignamente, Fundación Pro Derecho a Morir con Dignidad, Academia Nacional de Medicina Bogotá, 2018.

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.

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

P. Simon Lorda y col. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras, Rev Calidad Asistencial. 2008; 23(6):271-85.

A. Peczkik, Cuidados del enfermo terminal, Terminalidad Terapéutica y Cuidados Paliativos, El sujeto ante su muerte, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2012. Pág., 42.

President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: "Who Is Incapacitated and How is it to be Determined?" citado por J.C Siruara Aparisi, Ética de las decisiones clínicas ante pacientes incapaces. Veritas, Revista de Filosofía y Teología, Vol I, No 15 (2006) 223-244.

Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

R. Vasquéz, Algo más sobre el suicidio asistido y la eutanasia, Del aborto a la clonación, Principios de una Bioética Liberal, Fondo de Cultura Económica.

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, citado por J. Moreno-Molina, Retos del derecho a morir dignamente en Colombia, Foro: avances y retos del derecho a morir dignamente, Fundación Pro Derecho a Morir con Dignidad, Academia Nacional de Medicina Bogotá, 2018.

United States Holocaust Memorial Museum, The murder of People with Disabilities, Series: Nazi Rule. 2017. Disponible en: <https://encyclopedia.ushmm.org/content/en/article/the-murder-of-the-handicapped>