



Bogotá D.C., 20 de julio de 2023

Doctor
Gregorio Eljach Pacheco
Secretario General
Senado de la República
Ciudad

REF: RADICACIÓN PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA

En mi condición de miembro del Congreso de la República y en uso del derecho consagrado en el artículo 150 de la Constitución Política de Colombia, por su digno conducto me permito poner a consideración de la Honorable Cámara de Representantes el siguiente proyecto de ley estatutaria *“Por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida y se dictan otras disposiciones”*, **(Eutanasia)**

Cordialmente,

JUAN CARLOS LOZADA VARGAS
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Liberal Colombiano

HUMBERTO DE LA CALLE LOMBANA
Senador de la República

 <p>LUIS ALBERTO ALBÁN URBANO Representante a la Cámara Partido Comunes</p>	 <p>Juan Sebastián Gómez Gonzáles Representante a la Cámara por Caldas Nuevo Liberalismo</p>
 <p>LUZ MARIA MUNERA MEDINA Representante a la Cámara por Antioquia Pacto Historico - Polo Alternativo Democratico</p>	 <p>CATHERINE JUVINAO CLAVIJO Representante a la Cámara por Bogotá Partido Alianza Verde</p>
 <p>Julio Alberto Elías Vidal Senador de la República</p>	 <p>MODESTO AGUILERA VIDES REPRESENTANTE A LA CÁMARA DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO</p>
 <p>LEIDER ALEXANDRA VÁSQUEZ OCHOA Representante a la Cámara por Cundinamarca</p>	 <p>PEDRO JOSÉ VACCA SUÁREZ Representante a la Cámara por el Departamento de Boyacá Pacto Histórico</p>



Jorge Méndez Hernández
Representante a la Cámara



ELIZABETH JAY-PANG DÍAZ
Representante a la Cámara
Departamento de San Andrés y Providencia



MARÍA FERNANDA CARRASCAL ROJAS
Representante a la Cámara por Bogotá



INTI RAÚL ASPRILLA REYES
Senador de la República
Partido Verde



HÉCTOR DAVID CHAPARRO
Representante a la Cámara por Boyacá
Partido Liberal Colombiano



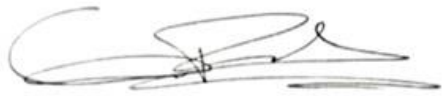
KATHERINE MIRANDA
Representante a la Cámara
Partido Alianza Verde



ALIRIO URIBE MUÑOZ
Representante a la Cámara por Bogotá
Pacto Histórico



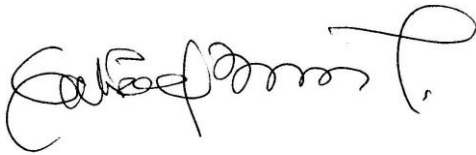
DANIEL CARVALHO MEJÍA
Representante a la Cámara
Coalición Verde Esperanza



Germán Rogelio Rozo Anís
Representante a la Cámara
Departamento de Arauca



Erick Adrián Velasco Burbano
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño



GABRIEL BECERRA YAÑEZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico



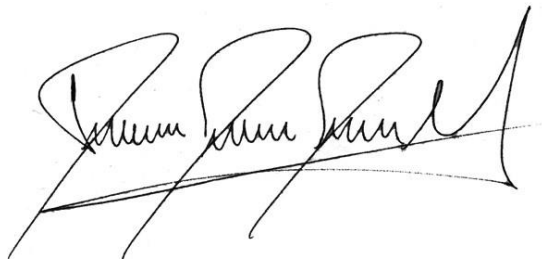
JAIRO CALA SUAREZ
Representante a la Cámara por
Santander
Partido Comunes-PH



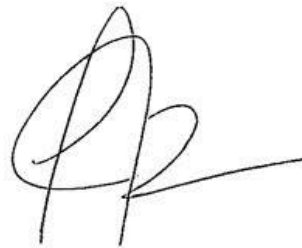
SANTIAGO OSORIO MARIN
Representante a la Cámara
Coalición Alianza Verde - Pacto Histórico



ANDRÉS DAVID CALLE AGUAS
H.R. por el Departamento de Córdoba
Partido Liberal Colombiano



DAVID RICARDO RACERO MAYORCA
Representante a la Cámara por Bogotá
Coalición Pacto Histórico



ALEJANDRO GARCÍA RÍOS
Representante a la Cámara por
Risaralda
Partido Alianza Verde



ESMERALDA HERNANDEZ SILVA
Senadora de la República
Pacto Histórico



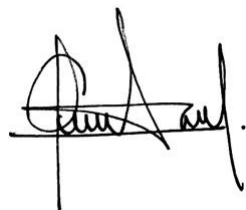
JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL
Representante a la Cámara
Dignidad & Compromiso



**OLGA BEATRIZ GONZALEZ
CORREA**
Representante a la Cámara por Tolima
Partido Liberal Colombiano



CAROLINA GIRALDO BOTERO
Representante a la Cámara por
Risaralda
Alianza Verde



ANDRÉS CANCEMANCE LÓPEZ
Representante a la Cámara - Putumayo
Pacto Histórico



PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA ____ 2023

“Por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida y se dictan otras disposiciones”,

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

DECRETA

TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO ÚNICO

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

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

- 2.1. Prevalencia de la autonomía de la persona.** Los médicos intervinientes en el proceso y en la aplicación de la muerte médicamente asistida deberán analizar las solicitudes relativas a este procedimiento atendiendo siempre a la voluntad de la persona. En caso de que la persona se encuentre imposibilitada para manifestar su voluntad, se podrá tener por válida la mejor interpretación de su voluntad y preferencias de conformidad con lo previsto en la presente ley para esos casos.
- 2.2. Celeridad.** El derecho a morir dignamente no puede dilatarse en el tiempo pues ello implicaría imponer una carga excesiva a la persona que podría derivar en tratos crueles, inhumanos y degradantes. El procedimiento y la aplicación de la muerte médicamente asistida debe ser ágil, rápido y sin ritualismos excesivos que alejen a la persona del goce efectivo del derecho.
- 2.3. Oportunidad.** La voluntad de la persona deberá ser respetada y atendida a tiempo, sin que se prolongue excesivamente su sufrimiento al punto de que se cause su muerte en las condiciones de dolor e indignidad que, precisamente, se quisieron evitar.

- 2.4. Imparcialidad.** Los profesionales de la salud y demás intervinientes deberán ser neutrales en la aplicación de los procedimientos orientados a hacer efectivo el derecho a morir dignamente. No podrán sobreponer sus posiciones personales sean ellas de contenido ético, moral o religioso, frente al reconocimiento y materialización del derecho. En todo caso se respetará la objeción de conciencia de las personas naturales.
- 2.5. Gratuidad.** La realización del procedimiento de muerte médicamente asistida será gratuita tanto para la persona solicitante como para su familia siempre y en todo lugar.
- 2.6. Disponibilidad.** Se deberá garantizar la existencia y funcionamiento de suficientes bienes, servicios, profesionales y centros de atención en salud para que todos los titulares del derecho a la salud puedan gozar de manera efectiva del mismo bajo la modalidad de la muerte médicamente asistida.
- 2.7. Accesibilidad y no discriminación.** Los bienes, servicios, profesionales y centros de atención en salud relacionados con la aplicación de la muerte médicamente asistida deberán ser accesibles en términos geográficos, físicos y económicos para toda la población, especialmente para las personas sujetas de especial protección constitucional.

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

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

- 2.8. Aceptabilidad.** La garantía del derecho a morir dignamente bajo la modalidad de la muerte médicamente asistida deberá darse con arreglo a los mayores estándares éticos. No podrán desarrollarse prácticas de imposición cultural y se garantizará el debido respeto por la diversidad.



- 2.9. Principio de inclusión del enfoque de interseccionalidad.** El principio de enfoque interseccional reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, orientación sexual, situación de discapacidad y pertenencia étnica. Por tal razón todos los procesos, medidas y acciones establecidas en la presente ley, contarán con dicho enfoque.
- 2.10. Calidad.** La totalidad de los servicios y acciones vinculadas con la garantía del derecho a morir dignamente bajo la modalidad de la muerte médicamente asistida deberán cumplir con los mayores estándares científicos y médicos y con los criterios previstos en la presente ley.
- 2.11. Acceso a la información.** El acceso pleno y permanente a la información es necesario para ejercer el derecho a morir dignamente, particularmente, en la modalidad de muerte médicamente asistida. Se debe garantizar la difusión y accesibilidad de la información entre toda la población respecto de los mecanismos, requisitos y particularidades para ejercer el derecho a morir dignamente bajo la modalidad de la muerte médicamente asistida.

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

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

- 3.1. Derecho a morir dignamente.** Es un derecho fundamental, complejo, autónomo e independiente, conexo con la dignidad humana, con la vida digna, con la autonomía individual, con la salud, con la intimidad personal y familiar, con el acceso a la información, con el libre desarrollo de la personalidad y con la prohibición de sufrir tratos crueles, inhumanos o degradantes. Le permite a la persona tener control y tomar todas las decisiones, libres e informadas, sobre el proceso de su muerte. Este derecho comprende todas las opciones al final de la vida y el cuidado integral del proceso de la propia muerte. Eso incluye los cuidados paliativos; la adecuación del esfuerzo terapéutico y la muerte médicamente asistida.
- 3.2. Muerte médicamente asistida.** Es una de las modalidades constitucionalmente reconocidas para el ejercicio del derecho a morir dignamente. Es un procedimiento médico mediante el cual un médico presta la asistencia necesaria para ayudar a morir a quien así lo ha solicitado mediante la administración directa de los medicamentos por parte del médico a la persona solicitante conforme con los requisitos y trámites



previstos en el ordenamiento jurídico.

La solicitud emana de la decisión libre, expresa, autónoma, específica, clara, informada, inequívoca y reiterada de la persona en atención a que experimenta intolerables sufrimientos físicos o psíquicos relacionados con una enfermedad grave e incurable o con una lesión corporal.

- 3.3. Documento de Voluntad Anticipada-DVA.** Es un documento con valor jurídico y cuyo contenido debe ser acatado y respetado. En este documento la persona en forma anticipada manifiesta de manera libre, expresa, autónoma, específica, clara, consciente, inequívoca e informada su voluntad y consentimiento respecto de las diferentes modalidades para ejercer su derecho a morir dignamente. Ello puede incluir sus deseos respecto del acceso a cuidados paliativos, a la adecuación de los esfuerzos terapéuticos y a la muerte médicamente asistida.

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

- 3.4. Enfermedad incurable avanzada.** Aquella enfermedad o condición patológica cuyo curso es progresivo y gradual, con diversos grados de afectación. Se caracteriza por la generación de sufrimiento físico o psíquico y por tener una respuesta variable a los tratamientos específicos y por conducir de manera probable, a la muerte de quien la padece.
- 3.5. Enfermedad terminal.** Enfermedad médicamente comprobada avanzada, progresiva e incontrolable, que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico o psíquico a pesar de haber recibido el tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a seis (6) meses.
- 3.6. Adecuación del esfuerzo terapéutico.** La decisión de la persona de adaptar, suspender, interrumpir, retirar o no iniciar el plan de tratamiento terapéutico cuando este no cumpla con los principios de proporcionalidad terapéutica, o la persona no lo considera útil para sus intereses conforme a su condición médica o a su criterio de vida y muerte digna.
- 3.7. Participantes en la aplicación de la muerte médicamente asistida.** Para los efectos de esta ley se tendrán por participantes en el proceso que conduce



a la aplicación de la muerte médicamente asistida a los siguientes sujetos o actores: el solicitante para recibir la muerte médicamente asistida, la familia del solicitante, su red de apoyo, el médico designado para aplicar la muerte médicamente asistida, la entidad promotora de salud del solicitante, la institución prestadora de salud encargada de aplicar el procedimiento de la muerte médicamente asistida, los profesionales designados para realizar las valoraciones y las personas que integren el Comité científico interdisciplinario para morir dignamente.

Podrán considerarse como participantes según sea el caso y dentro de los límites fijado en esta Ley la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo, la Superintendencia de Salud, las Secretarías Municipales y Distritales de salud y el Ministerio de salud y protección social o las entidades que hagan sus veces.

3.8. Consentimiento sustituto. Ante la ausencia de un Documento de Voluntad Anticipada debidamente formalizado y cuando la persona se encuentre en estado vegetativo o carezca de la capacidad o de la autonomía suficiente para manifestar su voluntad informada sobre el desarrollo de estos procedimientos, existe la posibilidad extraordinaria y excepcional de que terceras personas puedan llevar a cabo la mejor interpretación de la voluntad y de las preferencias de la persona para autorizar intervenciones médicas.

Por regla general serán las personas dentro de los tres grados de consanguinidad y el(la) cónyuge o compañero(a) permanente del potencial receptor de las intervenciones médicas quienes presten el consentimiento sustituto. En ausencia de estas personas o por preferencia del potencial receptor de las intervenciones médicas el consentimiento sustituto lo podrán prestar las personas que el potencial receptor de las intervenciones médicas hubiera designado previamente como integrantes de su red de apoyo.

Para ser válido y jurídicamente vinculante el consentimiento sustituto deberá cumplir los requisitos y trámites previstos en el ordenamiento jurídico.

3.9. Red de apoyo. La red de apoyo estará conformada por personas unidas por relaciones de confianza, familiaridad y cercanía con el potencial receptor de las intervenciones médicas dirigidas a garantizar el derecho a morir dignamente, que pueden llevar a cabo la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias de la persona para autorizar intervenciones médicas en el escenario de la aplicación del consentimiento sustituto. Deberán haber sido designadas por el potencial receptor de las intervenciones médicas.



Podrán prestar el consentimiento sustituto en ausencia de las personas dentro de los tres grados de consanguinidad y el cónyuge o compañero(a) permanente del potencial receptor de las intervenciones médicas o cuando así lo haya preferido el potencial receptor de las intervenciones médicas.

3.10. Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente. Para los efectos de esta ley el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente se entenderán por aquellos conformados para evaluar la solicitud, aprobar o denegar la eutanasia, así como vigilar y acompañar el trámite del procedimiento verificando que, en cada paso se cumpla con los requisitos, el consentimiento de la persona enferma y la reiteración de la voluntad.

Parágrafo 1. Podrán considerarse como participantes según sea el caso y dentro de los límites fijados en la jurisprudencia, los reglamentos y esta ley, estará conformado por tres personas, un médico con especialidad en la patología que sufra el paciente, diferente al médico tratante, un Abogado y un Psiquiatra o Psicólogo clínico dentro de la institución prestadora del servicio de salud.

Parágrafo 2. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley, los aspectos esenciales de conformidad con sus competencias constitucionales y reglamentarias.

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

No existe incompatibilidad entre las diferentes modalidades de ejercicio del derecho a morir dignamente lo que implica que la persona puede hacer uso de las distintas modalidades de manera concomitante y todas pueden contribuir a aumentar la dignidad y la capacidad de autodeterminación de la persona en el umbral de su muerte. El Ministerio de Salud y Protección Social impulsará medidas para el fortalecimiento de la capacidad de las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB), las instituciones prestadoras de salud (IPS), o quienes hagan sus veces, para la prestación del servicio de cuidados paliativos y el esfuerzo terapéutico, eliminando todas las barreras para su acceso.

Artículo 5. Garantías para el acceso al derecho a morir dignamente en relación con el ejercicio de las diferentes modalidades constitucionalmente reconocidas. No se podrá exigir el agotamiento o uso de una de las modalidades



de ejercicio del derecho a morir dignamente de forma previa o como prerequisite para hacer uso de otra de las modalidades.

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

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

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

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

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

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

Artículo 8. Alcance del acompañamiento por parte del ministerio público y la Superintendencia de Salud. La Superintendencia de Salud, o la entidad que haga sus veces, en ejercicio de sus competencias deberá velar por que las empresas,



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

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

Parágrafo. La Superintendencia de Salud y la Procuraduría General de la Nación o la entidad que haga sus veces garantizarán dentro de sus competencias legales el correcto cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente ley.

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

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

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

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

Artículo 10. Monitoreo a la implementación de la ley y al goce efectivo del derecho a morir dignamente. El Ministerio de Salud y Protección Social y la



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

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

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

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

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

Parágrafo 2. Los diferentes actores del sistema de salud, -incluyendo las entidades públicas con competencia en la materia, las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de salud-, tendrán un (1) año tras la entrada en vigor de la presente ley para implementar un registro previo de objeciones de conciencia, con eso, de antemano se podrá designar un médico para realizar el procedimiento.

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



Protección Social y a la Superintendencia de Salud un informe detallado sobre los hallazgos encontrados en el término de un (1) mes luego de realizado el ejercicio.

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

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

Parágrafo 1. Las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de salud dentro del informe deberán incluir el número de acciones de tutela en las cuales se vinculen como la parte accionada, relacionado con temas de cuidados paliativos, la adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico y la prestación de servicios para la muerte médicamente asistida.

Artículo 13. Derechos de la familia y de la red de apoyo de la persona que pretende ejercer su derecho a morir dignamente. Las personas dentro de los tres grados de consanguinidad y el(la) cónyuge o compañero(a) permanente y la red de apoyo en caso de haber sido esta designada por quien pretende ejercer su derecho a morir dignamente tienen derecho a gozar de acompañamiento médico, social, espiritual y psicológico para contener o manejar los efectos o consecuencias negativas que podrían derivarse tanto de las decisiones relacionadas con el derecho a morir dignamente como del propio deceso del paciente. Gozarán de este derecho antes, durante y después de que la persona acceda a los servicios contemplados en cualquiera de las modalidades reconocidas para ejercer el derecho a morir dignamente.

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

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

Artículo 14. Amparo de pobreza para el ejercicio de los derechos de la familia y de la red de apoyo de la persona que pretende ejercer su derecho a morir dignamente. Para acceder a los servicios de los que trata el artículo anterior se podrá hacer uso de un amparo de pobreza en favor de las personas dentro de los tres grados de consanguinidad y el(la) cónyuge o compañero(a) permanente y/o la red de apoyo de quien pretende ejercer su derecho a morir dignamente y que acrediten pertenecer a los grupos A1 al B4 del SISBEN IV o a los grupos equivalentes en la metodología que lo modifique o sustituya o en cualquier otro



sistema que el Estado determine para fines similares. En esos casos los costos por la prestación de los servicios serán cubiertos por el Estado.

Artículo 15. Medidas pedagógicas y educativas. El Ministerio de Educación Nacional, en asocio con el Ministerio de Salud y Protección Social y con las secretarías distritales y municipales de salud o las entidades que hagan sus veces y con las instituciones de educación superior, deberán garantizar la capacitación de los actores del sistema de salud sobre el alcance, contenido, importancia y modalidades de ejercicio del derecho fundamental a la muerte digna. También lo harán respecto del contenido de la presente ley y de los deberes, derechos y obligaciones que les asisten en relación con las disposiciones contenidas en la presente ley y en las normas que la reglamenten.

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

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

TÍTULO II

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

CAPÍTULO I

PARTICIPANTES EN EL PROCESO Y REQUISITOS PARA EL ACCESO A LA MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA

Artículo 16. Participantes. Serán participantes en el proceso para acceder a la muerte médicamente asistida en mayores de edad: el solicitante mayor de edad que desea recibir la muerte médicamente asistida, las personas dentro de los tres grados de consanguinidad y el(la) cónyuge o compañero(a) permanente así como la red de apoyo del solicitante, el médico designado para aplicar la muerte médicamente asistida, la entidad promotora de salud del solicitante, la institución prestadora de salud encargada de aplicar el procedimiento de la muerte médicamente asistida, los profesionales que realicen las valoraciones necesarias, quienes testifiquen en el proceso de formalización del consentimiento y las personas que integren el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.



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

1. Que la persona solicitante de la muerte médicamente asistida sea mayor de 18 años.
2. Que la persona solicitante de la muerte médicamente asistida sea debidamente diagnosticada con una enfermedad grave e incurable o lesión corporal que le cause un intenso sufrimiento físico o psíquico. No es necesario, ni será exigible, acreditar la existencia de enfermedad terminal ni pronóstico médico de muerte próxima.
3. Que la persona solicitante considere que experimenta un sufrimiento físico o psíquico incompatible con su noción de vida digna.
4. Que la persona solicitante de la muerte médicamente asistida haya expresado su consentimiento y haya manifestado su voluntad de acceder a la muerte médicamente asistida. Se podrá hacer valer el consentimiento sustituto o un documento anticipado de voluntad en los términos previstos en el presente capítulo.
5. Que la aplicación de la muerte médicamente asistida sea realizada por un profesional de la medicina.

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

Podrán emplearse criterios objetivos propios de la ciencia y la medicina para determinar el nexo causal entre los intensos sufrimientos físicos y psíquicos con una enfermedad grave e incurable o con una lesión corporal. El estudio y determinación del nexo de causalidad deberá realizarse en cumplimiento de los términos del capítulo III del presente título.

CAPÍTULO II DEL CONSENTIMIENTO

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

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



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

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

Que sea específico, inequívoco y claro implica que el sentido de la decisión debe ser consistente y no debe dejar lugar a dudas respecto de la voluntad de la persona de recibir una muerte médicamente asistida.

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

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

Parágrafo 2. El consentimiento informado se entenderá efectivo, si previamente se ha brindado al paciente información amplia, veraz, oportuna y comprensible sobre todo lo relacionado con el derecho a morir dignamente; sobre las diferentes alternativas de materializar la muerte digna y su derecho a desistir en cualquier momento. A su vez, se deberá informar sobre tratamientos médicos alternativos, sus consecuencias y procedimientos referentes a las distintas patologías.

Parágrafo 3. El cumplimiento de los requisitos contenidos en el presente artículo se deberá valorar de manera sistemática con lo previsto en los artículos 24, 25, 26, y del capítulo III del presente título. En los casos que se adecúen a las situaciones extraordinarias previstas en los referidos artículos prevalecerán las reglas específicas para el consentimiento allí contenidas.

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



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

Artículo 22. Posibilidad de retracto. En cualquier momento del trámite de la muerte médicamente asistida la persona solicitante podrá retirar su consentimiento y desistir de su solicitud y/o optar por otras alternativas en el marco del derecho a morir dignamente. El desistimiento deberá consignarse en la historia clínica del paciente por parte del profesional médico que preste atención a la persona solicitante.

Artículo 23. Manifestación del consentimiento en casos de personas con discapacidad. Las personas mayores de edad en situación de discapacidad, como sujetos de especial protección constitucional y en ejercicio de su capacidad jurídica en igualdad de condiciones, podrán contar con apoyos o solicitar los ajustes razonables requeridos para la comunicación de su voluntad y la comprensión de la información del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir dignamente, conforme a lo dispuesto en la Ley 1996 de 2019, o las que la modifiquen o deroguen.

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

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

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

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

El consentimiento sustituto podrá ser expresado por las personas dentro de los tres grados de consanguinidad y el(la) cónyuge o compañero(a) permanente del potencial receptor de la muerte médicamente asistida. En ausencia de estas



personas o por preferencia del potencial receptor de la muerte médicamente asistida el consentimiento sustituto lo podrán prestar las personas que el potencial receptor de la muerte médicamente asistida hubiera designado previamente como integrantes de su red de apoyo.

La persona encargada de manifestar el consentimiento sustituto deberá realizar la mejor interpretación de la voluntad y preferencias de la persona que no puede expresar directamente su voluntad a partir de la información médica disponible.

En los casos en que se pretenda hacer valer el consentimiento sustituto como medio para acceder a la muerte médicamente asistida el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente deberá valorar la documentación y los testimonios entregados por quien exprese el consentimiento sustituto para decidir respecto del ejercicio de mejor interpretación de la voluntad y preferencias de la persona que no puede expresar directamente su voluntad.

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

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

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

Las decisiones contenidas en los Documentos de Voluntad Anticipada podrán incluir tanto la voluntad de la persona de acceder a cualquiera de los servicios listados en el inciso anterior como a no acceder a ellos.

Artículo 27. Contenido mínimo del Documento de Voluntad Anticipada. Cada documento de voluntad anticipada deberá incluir, al menos, la siguiente información:



1. Ciudad y fecha en que se suscribe el documento.
2. Nombres, apellidos de la persona que manifiesta su voluntad anticipada.
3. Número y tipo de documento de identificación de la persona que manifiesta su voluntad anticipada.
4. Indicación concreta y específica de que se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales y libre de toda coacción y que conoce y está informado de las implicaciones de su declaración.
5. Manifestación específica, clara, expresa e inequívoca respecto a sus preferencias en relación con el cuidado de su salud e integridad física.
6. Manifestación específica, clara, expresa, e inequívoca respecto a sus preferencias en relación con las diferentes modalidades para hacer efectivo el derecho a morir dignamente.
7. Firma de la persona declarante.

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

Parágrafo 2. Si la persona se encuentra en capacidad para expresar su voluntad durante el proceso de acceso a la muerte médicamente asistida deberá reiterar el consentimiento y el sentido de su voluntad consignado en el Documento de Voluntad Anticipada que pretenda hacer valer. Lo anterior, de conformidad con lo previsto por los artículos 24 y 37 de la presente ley.

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

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

Artículo 28. Formalización, modificación, sustitución o revocación del Documento de Voluntad Anticipada. Toda formalización, modificación, sustitución o revocación del Documento de Voluntad Anticipada se deberá realizar empleando al menos uno los siguientes medios de acuerdo con la elección de la persona:



1. En notaría al hacer presentación personal y reconocimiento del contenido del documento ante notario. No se exigirá elevar a escritura pública el documento de voluntad anticipada.
2. Ante dos testigos hábiles y plenamente identificados.
3. Ante el médico plenamente identificado quien deberá incorporar el Documento de Voluntad Anticipada, así como toda modificación, sustitución o revocación que la persona haga a ese documento, en la historia clínica de la persona y entregarle una copia a la persona solicitante.

Artículo 29. No podrán ser testigos para la formalización, modificación, sustitución o revocación de los documentos de voluntad anticipada las siguientes personas:

1. Los menores de edad.
2. Los que no entiendan el idioma que habla el otorgante, salvo que se encuentre un intérprete presente.
3. Los condenados a la pena de prisión por más de cuatro años, por el tiempo de la pena, y en general los que por sentencia ejecutoriada estuvieren inhabilitados para ser testigos.
4. Los extranjeros no domiciliados en el territorio.
5. Las personas unidas por el parentesco de consanguinidad, afinidad o civil en cualquier grado con la persona declarante.

CAPÍTULO III DE LA SOLICITUD Y LA PRESTACIÓN DE LA MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA

Artículo 30. Del trámite de la solicitud. El trámite para acceder a la muerte médicamente asistida inicia con la solicitud. La solicitud de muerte médicamente asistida debe ser voluntaria, informada, específica, inequívoca, clara y reiterada. Podrá ser presentada de manera verbal o escrita por medio de documento escrito, video, audio, otros medios tecnológicos y en otros sistemas de comunicación, siempre y cuando sea posible comprobar la autoría e identificación de quien realiza la solicitud y sea posible establecer el contenido, sentido y fecha de la solicitud. Puede ser elevada ante cualquier médico, ante cualquier Institución Prestadora de Salud (IPS) o ante la Entidad Promotora de Salud (EPS) , o quienes hagan sus veces, a la que esté afiliada la persona.

En forma extraordinaria y excepcional la solicitud de muerte médicamente asistida puede ser expresada por terceras personas bajo la modalidad de consentimiento sustituto conforme con lo previsto en el artículo 25 de la presente ley.

La solicitud también podrá ser expresada por terceras personas cuando exista un documento de voluntad anticipada y la persona que lo suscribió se encuentre en incapacidad para hacerlo valer ella misma.



Parágrafo 1. Todos los médicos son competentes para recibir una solicitud de muerte médicamente asistida. La recepción de la solicitud no está reservada ni limitada para los médicos tratantes de la persona ni para especialistas en el diagnóstico que motiva la solicitud.

Parágrafo 2. Todas las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) pertenecientes a la red de la Entidad Promotora de Salud (EPS) a la que se encuentre afiliada la persona son competentes para recibir la solicitud de muerte médicamente asistida.

Si la solicitud se expresa directamente ante una Institución Prestadora de Salud (IPS) esta deberá designar a un médico para que este reciba la solicitud y proceda con su trámite.

Parágrafo 3. En caso de que la Institución Prestadora de Salud (IPS) cuente con las condiciones requeridas para tener un Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente en los términos previstos en el artículo 71 de la presente ley deberá tramitarla directamente. De lo contrario, deberá registrar la solicitud y remitirla a la Entidad Promotora de Salud (EPS) a la que esté afiliado el solicitante para que esta designe a una Institución Prestadora de Salud (IPS) competente.

Parágrafo 4. Las actuaciones relacionadas con el trámite de la solicitud desde el momento en el que ésta se recibe por parte del médico serán registradas en la historia clínica del paciente. Esa documentación será remitida al Comité Interdisciplinario para Morir Dignamente para ser usada en el proceso de verificación. La información reportada respetará las normas vigentes en materia de protección de datos personales y la confidencialidad de la historia clínica.

Artículo 31. Recepción de la solicitud. El médico que reciba la solicitud de muerte médicamente asistida deberá:

1. Revisar que la solicitud sea voluntaria, informada, específica, clara e inequívoca.
2. Revisar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la presente ley para acceder a la muerte médicamente asistida.
3. Registrar la solicitud en la historia clínica desde el mismo momento en que es expresada.
4. Reportar la solicitud dentro de las primeras veinticuatro (24) horas luego de su recibo en el mecanismo de registro dispuesto para ello.
5. Activar, en las mismas primeras veinticuatro (24) horas luego del recibo de la solicitud, al Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.



6. Informar a la persona solicitante sobre el procedimiento y trámite que debe surtir, las instancias involucradas, sus competencias y los tiempos de cada etapa y en particular los tiempos en que recibirá respuesta de su solicitud.

Artículo 32. Recepción de la solicitud que sea elevada por parte de terceras personas. Cuando la solicitud de muerte médicamente asistida sea expresada por terceras personas el médico deberá:

1. Revisar que la solicitud sea voluntaria, informada, específica, clara e inequívoca.
2. Revisar el concepto médico e interdisciplinario basado en elementos objetivos para acreditar el estado vegetativo o la imposibilidad de la persona de expresar el consentimiento.
3. Revisar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la presente ley para acceder a la muerte médicamente asistida.
4. Registrar la solicitud en la historia clínica de la persona solicitante potencialmente receptora de la muerte médicamente asistida desde el mismo momento en que es expresada.
5. Revisar si la solicitud expresada por terceras personas se da con el objetivo de hacer valer un documento de voluntad anticipada u ocurre bajo la modalidad del consentimiento sustituto.
6. Registrar los vínculos de parentesco, familiaridad, amistad, cercanía o confianza de las personas que expresan la solicitud.
7. En el caso de que se pretenda hacer valer un Documento de Voluntad Anticipada debe verificar que la persona potencialmente receptora de la muerte médicamente asistida en efecto sea el suscriptor del documento, que sea mayor de dieciocho (18) años y que el Documento cumpla con los requisitos exigidos en la presente ley.
8. En el caso del consentimiento sustituto, preguntar a las personas que expresan la solicitud por otras personas dentro de los tres grados de consanguinidad, por el(la) cónyuge o compañero(a) permanente y en caso de



aplicar por las personas que hagan parte de la red de apoyo de la persona potencialmente receptora de la muerte médicamente asistida que no hayan elevado la solicitud.

9. Reportar la solicitud dentro de las primeras veinticuatro (24) horas luego de su recibo en el mecanismo de registro dispuesto para ello.
10. Activar, en las mismas primeras veinticuatro (24) horas luego del recibo de la solicitud, al Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.
11. Informar a la persona solicitante sobre el procedimiento y trámite que debe surtir, las instancias involucradas, sus competencias y los tiempos de cada etapa y en particular los tiempos en que recibirá respuesta de su solicitud.

Artículo 33. Deber de información al solicitante. El médico que reciba la solicitud deberá informar al paciente solicitante o a quienes expresen la solicitud los siguientes asuntos:

1. El alcance del derecho a la muerte digna, las diferentes modalidades para ejercerlo incluyendo los cuidados paliativos, la adecuación del esfuerzo terapéutico y a la muerte médicamente asistida.
2. La condición médica y las distintas opciones de tratamiento disponibles a las que puede acceder.
3. Los detalles del trámite y del proceso para acceder a la muerte médicamente asistida, las instancias involucradas, sus competencias y los tiempos de cada etapa.
4. La posibilidad de desistir de la solicitud y retirar su consentimiento en cualquier momento.

Artículo 34. Valoraciones. Después de ser activado por el médico receptor de la solicitud el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente deberá verificar el cumplimiento de los requisitos previstos en la ley para acceder a la muerte médicamente asistida luego de realizar las siguientes valoraciones:

1. La capacidad y competencia de la persona para manifestar el consentimiento cuando la persona solicitante pueda manifestarlo directamente. Que la persona solicitante sea mayor de 18 años.



2. La validez del documento de voluntad anticipada cuando se pretenda hacer valer uno. De conformidad con los requisitos previstos en la presente ley.
3. La prevalencia de la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias de la persona potencialmente receptora de la muerte médicamente asistida cuando se exprese el consentimiento sustituto.
4. Presencia en el potencial receptor de la muerte médicamente asistida de una enfermedad grave e incurable o de una lesión corporal.
5. Existencia de un nexo causal entre los intensos sufrimientos físicos o psíquicos y la existencia de la enfermedad grave e incurable o de una lesión corporal.

Parágrafo 1. Las valoraciones y la verificación de las condiciones exigidas en la presente ley para acceder a la muerte médicamente asistida deberán ser realizadas por el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la expresión de la solicitud.

Artículo 35. Decisión respecto de la solicitud. Luego de realizar las evaluaciones y valoraciones, y dentro del mismo plazo de diez (10) días calendario a partir de la expresión de la solicitud, el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente deberá verificar el cumplimiento de todos los requisitos exigidos por la presente ley para acceder a la muerte médicamente asistida y deberá convocar a la persona solicitante o a los terceros que presentaron la solicitud para que reiteren su consentimiento y decisión.

Luego de realizado ese proceso el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente decidirá de manera motivada si autoriza o deniega la realización del procedimiento de muerte médicamente asistida. Deberá comunicar por escrito la decisión ampliamente motivada a quien hubiera expresado la solicitud.

Artículo 36. Petición de una segunda opinión. El solicitante a quien se le deniegue la práctica del procedimiento de muerte médicamente asistida tendrá derecho a exigir una segunda opinión por parte de un Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente integrado por personas diferentes a quienes tomaron la primera decisión sobre la solicitud.

El Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente encargado de otorgar la segunda opinión deberá estar conformado dentro de la misma Institución Prestadora de Salud (IPS) o en su defecto deberá estar conformado en otra Institución Prestadora de Salud (IPS) que pertenezca a la red de prestadores de servicios de la Entidad Promotora de Salud (EPS) a la que esté afiliada la persona potencialmente receptora de la muerte médicamente asistida.



Artículo 37. Reiteración del consentimiento. Dentro del proceso para acceder a la muerte médicamente asistida la persona deberá manifestar su consentimiento de manera inicial y luego deberá reiterarlo como condición para que se le practique la muerte médicamente asistida.

Parágrafo 1. En el caso en el cual se solicite la muerte médicamente asistida y no se pueda reiterar el consentimiento por imposibilidad médica, primará el deseo de solicitar el procedimiento realizado inicialmente.

Artículo 38. Desistimiento de la solicitud. La persona que solicitó la muerte médicamente asistida puede desistir en todo momento de su solicitud. El desistimiento podrá realizarse de cualquier modo y deberá consignarse en la historia clínica del paciente por parte del profesional médico que preste atención a la persona.

Artículo 39. Fijación de fecha para que se realice el procedimiento. Una vez el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente autorice la realización del procedimiento de muerte médicamente asistida, el solicitante podrá fijar la fecha para que se lleve a cabo el procedimiento de muerte médicamente asistida.

Artículo 40. Aplicación de la muerte médicamente asistida. Verificada la validez del consentimiento, el cumplimiento de todos los requisitos legalmente exigidos para acceder a la muerte médicamente asistida, reiterado el consentimiento y verificada su validez en los casos en que tal acción sea exigible se agendará la aplicación de la muerte médicamente asistida.

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

Artículo 41. El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces tendrá un término de seis (6) meses, contados a partir de la entrada en vigor de la presente ley para realizar las adecuaciones reglamentaras a las que hubiera lugar de conformidad con lo previsto en la presente ley.

TÍTULO III

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



CAPÍTULO I

PARTICIPANTES EN EL PROCESO Y REQUISITOS PARA EL ACCESO A LA MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA

Artículo 42. Reconocimiento del derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida a los niños, niñas y adolescentes. Los niños, niñas y adolescentes son titulares del derecho a morir dignamente. Los niños, niñas y adolescentes entre los seis (6) y los dieciocho (18) años pueden acceder a la muerte médicamente asistida en los términos previstos en la presente ley y en las normas que la reglamenten. Los niños y niñas entre los cero (0) y los seis (6) años podrán ejercer su derecho a morir dignamente mediante la adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico o mediante el acceso a cuidados paliativos.

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

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

Parágrafo. Sujetos de exclusión. Serán sujetos de exclusión los recién nacidos, neonatos, la primera infancia, los niños, niñas y adolescentes con discapacidades intelectuales, los niños, niñas y adolescentes que presenten estados alterados de conciencia, los menores entre 6 y 12 años, salvo que se cumplan las condiciones para entender, razonar y emitir un juicio reflexivo y los niños, niñas y adolescentes con trastornos psiquiátricos diagnosticados que alteren la competencia para entender, razonar y emitir un juicio reflexivo.

Artículo 43. Carácter especial de las normas contenidas en el Título III y su relación con las que integran el título II de la presente ley. Las disposiciones que hacen parte del título III de la presente ley *“Proceso para acceder al derecho a la muerte digna en la modalidad de muerte médicamente asistida tratándose de niños, niñas y adolescentes”* son normas de carácter especial por lo que prevalecen para la aplicación de la muerte médicamente asistida en el caso de niños, niñas y adolescentes.



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

Artículo 44. Participantes. Serán participantes en el proceso para acceder a la muerte médicamente asistida en niños, niñas y adolescentes: el niño, niña o adolescente entre los seis (6) y los dieciocho (18) años que sea potencial receptor de la muerte médicamente asistida, las personas dentro de los tres grados de consanguinidad del niño, niña o adolescente o quienes integren su red de apoyo, quienes ejerzan la representación legal del niño, niña o adolescente entre los seis (6) y los dieciocho (18) años que sea potencial receptor de la muerte médicamente asistida, el médico designado para aplicar la muerte médicamente asistida, la entidad promotora de salud del niño, niña o adolescente, la institución prestadora de salud encargada de aplicar el procedimiento de la muerte médicamente asistida, los profesionales que realicen las valoraciones necesarias, las personas que integren el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente, quienes testifiquen en el proceso de formalización del consentimiento y el defensor de familia.

Artículo 45. Requisitos. Para la aplicación de la muerte médicamente asistida en niños, niñas y adolescentes se deberán cumplir con los siguientes requisitos:

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



Artículo 46. Del intenso sufrimiento y/o dolor físico o psíquico. Para determinar el grado de intenso sufrimiento y/o dolor físico o psíquico producto de una enfermedad grave e incurable o de una lesión corporal debe ser consultado el criterio subjetivo del niño, niña o adolescente que sea potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida. Esa valoración subjetiva debe ser contrastada con criterios objetivos propios de la ciencia y la medicina para determinar si presenta un intenso sufrimiento físico o psíquico.

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

En todos los casos deberán emplearse criterios objetivos propios de la ciencia y la medicina para determinar el nexo causal entre los intensos sufrimientos físicos y psíquicos con una enfermedad grave e incurable o con una lesión corporal.

CAPÍTULO II DEL CONSENTIMIENTO

Artículo 47. Del consentimiento y sus elementos. Todo niño, niña o adolescente entre los seis (6) y dieciocho (18) años que se encuentre en pleno uso de sus facultades mentales y de sus desarrollos psicológicos, emocionales y cognitivos deberá ser consultado de manera prevalente y podrá expresar sus preferencias y voluntades respecto de la recepción de la aplicación de la muerte médicamente asistida y de las otras modalidades de ejercicio del derecho a morir dignamente.

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

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

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

Parágrafo 1. De manera extraordinaria y excepcional será admisible el consentimiento sustituto. La declaración de voluntad anticipada como medio para manifestar el consentimiento podrá ser suscrita únicamente por los niños, niñas y



adolescentes entre los doce (12) y los dieciocho (18) años siempre que se cumplan los requisitos previstos en la presente ley para esos mecanismos de expresión del consentimiento.

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

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

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

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

Parágrafo 3. El consentimiento informado se entenderá efectivo, si previamente se ha brindado al niño, niña o adolescente y a sus padres o a quienes ejerzan su representación legal la información amplia, veraz, oportuna y comprensible sobre todo lo relacionado con el derecho a morir dignamente; sobre las diferentes alternativas de materializar la muerte digna y su derecho a desistir en cualquier momento. A su vez, se deberá informar sobre tratamientos médicos alternativos, sus consecuencias y procedimientos referentes a las distintas patologías.

Parágrafo 4. El cumplimiento de los requisitos contenidos en el presente artículo se deberá valorar de manera sistemática con lo previsto en los artículos 52, 53, 54, 55, 56, 57 y en el Capítulo III del presente título. En los casos que se adecúen a las situaciones extraordinarias previstas en los referidos artículos prevalecerán las reglas específicas para el consentimiento allí contenidas.



Artículo 48. Formalización del consentimiento. Para la formalización del consentimiento del adolescente entre los doce (12) y los dieciocho (18) años basta con que lo haga frente al profesional médico y frente a tres (3) testigos que no podrán ser sus padres ni quienes ejerzan su representación legal. Uno de los testigos deberá ser defensor de familia. El profesional médico deberá dejar registro de la expresión del consentimiento en la historia clínica del solicitante.

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

Parágrafo 1. La formalización del consentimiento del niño o niña entre los seis (6) y los doce (12) años deberá hacerse frente al profesional médico, frente al psicólogo clínico y frente al defensor de familia que acreditaron que el niño o niña cumple con lo exigido en el numeral 6 del artículo 45 de la presente ley.

Además, deberán concurrir otras tres (3) personas que sean testigos que no podrán ser los padres ni quienes ejerzan la representación legal del niño o niña. El profesional médico deberá dejar registro de la expresión del consentimiento en la historia clínica del solicitante.

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

Artículo 49. Prevalencia del consentimiento final. Si existen por parte del niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida distintas manifestaciones del consentimiento y estas se contradicen entre sí, prevalecerá la última. Igual caso ocurrirá respecto del consentimiento expresado por sus padres o por quienes ejerzan su representación legal.

Artículo 50. Posibilidad de retracto. En cualquier momento del trámite de la muerte médicamente asistida el niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida podrá retirar su consentimiento y desistir de su solicitud y/o optar por otras alternativas en el marco del derecho a morir dignamente. Misma potestad les asiste a los padres o a quienes ejerzan su representación legal en relación con la aplicación de la muerte médicamente asistida para el niño, niña o adolescente.

El desistimiento deberá consignarse en la historia clínica del paciente por parte del profesional médico que preste atención a la persona solicitante.

Artículo 51. Manifestación del consentimiento en casos de personas con discapacidad. Las personas mayores de edad en situación de discapacidad, como sujetos de especial protección constitucional y en ejercicio de su capacidad jurídica en igualdad de condiciones, que sean padres o que ejerzan la representación legal de un niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida, podrán contar con apoyos y solicitar los ajustes razonables requeridos para la comunicación de su voluntad y la comprensión de la información del



procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir dignamente, conforme a lo dispuesto en la Ley 1996 de 2019, o las que la modifiquen o deroguen.

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

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

Artículo 52. Manifestación previa del consentimiento. El niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida podrá manifestar su consentimiento a partir de los doce (12) años y de manera previa a la ocurrencia de la enfermedad grave e incurable o de la lesión corporal que le genere intensos sufrimientos físicos o psíquicos. Se requerirá la reiteración del consentimiento por su parte, incluso en el caso de que hubiese manifestado su consentimiento de manera persistente salvo que lo hubiera hecho y al momento de reiterarlo una vez más se encuentre ante la imposibilidad de hacerlo.

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

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

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

Artículo 53. Del consentimiento sustituto. El consentimiento sustituto será válido y jurídicamente vinculante para acceder a la muerte médicamente asistida como una forma extraordinaria y excepcional de manifestación del consentimiento. Operará exclusivamente cuando el niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida se encuentre en estado vegetativo o esté imposibilitado para expresar su voluntad. Se requerirá un concepto médico e interdisciplinario basado en elementos objetivos para acreditar el estado vegetativo o la imposibilidad de expresar el consentimiento.

El consentimiento sustituto podrá ser expresado por parte de las personas dentro de los tres grados de consanguinidad de quien sea el potencial receptor de la muerte médicamente asistida. En ausencia de estas personas el consentimiento sustituto lo podrán prestar las personas que el potencial receptor de la muerte



médicamente asistida hubiera designado previamente como integrantes de su red de apoyo. La persona encargada de manifestar el consentimiento sustituto deberá realizar la mejor interpretación de la voluntad y preferencias del niño, niña o adolescente que no puede expresar directamente su voluntad a partir de la información médica disponible.

En los casos en que se pretenda hacer valer el consentimiento sustituto como medio para acceder a la muerte médicamente asistida todo el proceso debe darse en presencia de un defensor de familia. El Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente deberá valorar la documentación y los testimonios entregados por quien exprese el consentimiento sustituto para decidir respecto del ejercicio de mejor interpretación de la voluntad y preferencias del niño, niña o adolescente que no puede expresar directamente su voluntad y realizar un examen más estricto del cumplimiento de los otros requisitos contenidos en el artículo 45 de la presente ley, salvo el contenido en el numeral 6 para acceder a la muerte médicamente asistida.

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

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

Artículo 54. Del consentimiento mediante el Documento de Voluntad Anticipada. El Documento de Voluntad Anticipada es un mecanismo válido y jurídicamente vinculante para manifestar el consentimiento y voluntad individual y personalísima respecto de las condiciones de acceso al derecho a morir dignamente.

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

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



- iii) El acceso a la muerte médicamente asistida.
- iv) Las personas designadas como integrantes de su red de apoyo.

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

Artículo 55. Contenido mínimo del Documento de Voluntad Anticipada en caso de niños, niñas y adolescentes. Cada documento de voluntad anticipada suscrito por un niño, niña o adolescente deberá incluir, al menos, la siguiente información:

1. Ciudad y fecha en que se suscribe el documento.
2. Nombres y apellidos del niño, niña o adolescente mayor de doce (12) años que manifiesta su voluntad anticipada y los nombres y apellidos de los padres o de quienes ejerzan la representación legal del niño, niña o adolescente que manifiesta su voluntad anticipada.
3. Número y tipo de documento de identificación del niño, niña o adolescente mayor de doce (12) años que manifiesta su voluntad anticipada y el número y tipo de documento de identificación de los padres o de quienes ejerzan la representación legal del niño, niña o adolescente que manifiesta su voluntad anticipada.
4. Indicación concreta y específica de que el niño, niña o adolescente mayor de doce (12) años que manifiesta su voluntad anticipada, así como sus padres o quienes ejerzan su representación legal se encuentran en pleno uso de sus facultades mentales y libres de toda coacción y que conocen y están informados de las implicaciones de su declaración.
5. Manifestación específica, clara, expresa e inequívoca del niño, niña o adolescente mayor de doce (12) años respecto a sus preferencias en relación con el cuidado de su salud e integridad física y de la concurrencia de voluntades de sus padres o de quienes ejerzan su representación legal.
6. Manifestación específica, clara, expresa, e inequívoca respecto de las preferencias del niño, niña o adolescente mayor de doce (12) años en relación con las diferentes modalidades para hacer efectivo el derecho a morir dignamente y de la concurrencia de voluntades de sus padres o de quienes ejerzan su representación legal.
7. Firma del niño, niña o adolescente suscribiente mayor de doce (12) años y de sus padres o de quienes ejerzan su representación legal.

Parágrafo 1. El contenido de los Documentos de Voluntad Anticipada puede ser modificado, sustituido o revocado por el niño, niña o adolescente mayor de doce



(12) años en cualquier momento mientras tenga pleno uso de sus facultades mentales y de sus desarrollos psicológicos, emocionales y cognitivos.

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

Parágrafo 2. Las voluntades expresadas por medio de un Documento de Voluntad Anticipada son de obligatorio cumplimiento y deben ser respetadas siempre y cuando concurra el consentimiento y voluntad de los padres, o de las personas que ejerzan la representación legal del niño, niña o adolescente suscribiente del Documento de Voluntad Anticipada y una vez el niño, niña o adolescente no esté en capacidad de manifestar su voluntad y cumpla las condiciones legalmente previstas para acceder a cualquiera de las modalidades reconocidas para ejercer el derecho fundamental a morir dignamente.

Parágrafo 3. Si el niño, niña o adolescente mayor de doce (12) se encuentra en capacidad para expresar su voluntad durante el proceso de acceso a la muerte médicamente asistida deberá reiterar el consentimiento y el sentido de su voluntad consignado en el Documento de Voluntad Anticipada que pretenda hacer valer. Lo anterior, de conformidad con lo previsto por los artículos 52 y 65 de la presente ley.

El niño, niña o adolescente estará exceptuado de la reiteración del consentimiento si se cumplen los supuestos de hecho previstos en el artículo 52 de la presente ley.

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

Artículo 56. Formalización, modificación, sustitución o revocación del Documento de Voluntad Anticipada por parte de niños, niñas y adolescentes. Toda formalización, modificación, sustitución o revocación del Documento de Voluntad Anticipada por parte del niño, niña o adolescente mayor de doce (12) años se deberá realizar empleando al menos uno los siguientes medios de acuerdo con la elección del niño, niña o adolescente y de sus padres o de quienes ejerzan su representación legal:



1. En notaría al hacer presentación personal tanto del niño, niña o adolescente mayor de doce (12) años suscribiente del documento de voluntad anticipada como de sus padres o de quienes ejerzan su representación legal y al hacer reconocimiento del contenido del documento ante notario. No se exigirá elevar a escritura pública el documento de voluntad anticipada.
2. Ante dos testigos hábiles y plenamente identificados diferentes a los padres o a quienes ejerzan la representación legal del niño, niña o adolescente suscribiente del documento de voluntad anticipada. Uno de los testigos deberá ser defensor de familia.
3. Ante el médico plenamente identificado en compañía de los padres o de quienes ejerzan la representación legal del niño, niña o adolescente. El médico deberá incorporar el Documento de Voluntad Anticipada, así como toda modificación, sustitución o revocación que el niño, niña o adolescente mayor de doce (12) años haga a ese documento, en la historia clínica del niño, niña o adolescente y entregarle una copia al niño, niña o adolescente y a sus padres o a quienes ejerzan su representación legal.

Artículo 57. No podrán ser testigos para la formalización, modificación, sustitución o revocación de los documentos de voluntad anticipada de niños, niñas o adolescentes mayores de doce (12) años las siguientes personas:

1. Otros menores de edad.
2. Los mayores de edad que no entiendan el idioma que habla el otorgante, salvo que se encuentre un intérprete presente.
3. Los condenados a la pena de prisión por más de cuatro años, por el tiempo de la pena, y en general los que por sentencia ejecutoriada estuvieren inhabilitados para ser testigos.
4. Los extranjeros no domiciliados en el territorio.
5. Los propios padres o quienes ejerzan la representación legal del niño, niña o adolescente declarante del documento de voluntad anticipada.
6. Las personas unidas por el parentesco de consanguinidad, afinidad o civil en cualquier grado con el niño, niña o adolescente declarante.

Parágrafo 1. Los padres o quienes ejerzan la representación legal del niño, niña o adolescente no podrán suscribir declaraciones de voluntad anticipada sobre la eventual aplicación de la muerte médicamente asistida ni del ejercicio del derecho a morir dignamente de ningún niño, niña o adolescente.

CAPÍTULO III DE LA SOLICITUD Y LA PRESTACIÓN DE LA MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA

Artículo 58. Del trámite de la solicitud. El trámite para acceder a la muerte médicamente asistida inicia con la solicitud. La solicitud de muerte médicamente asistida debe ser voluntaria, informada, específica, inequívoca, clara y reiterada.



Podrá ser presentada de manera verbal o escrita por medio de documento escrito, video, audio, otros medios tecnológicos y en otros sistemas de comunicación, siempre y cuando sea posible comprobar la autoría e identificación de quienes realizan la solicitud y sea posible establecer el contenido, sentido y fecha de la solicitud. Tratándose de casos de niños, niñas y adolescentes la solicitud deberá ser conjunta entre el niño, niña y adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida y sus padres o quienes ejerzan su representación legal. Puede ser elevada ante cualquier médico, ante cualquier Institución Prestadora de Salud (IPS) o ante la Entidad Promotora de Salud (EPS), o quienes hagan sus veces, a la que esté afiliado el niño, niña o adolescente.

En forma extraordinaria y excepcional la solicitud de muerte médicamente asistida puede ser expresada por terceras personas bajo la modalidad de consentimiento sustituto conforme con lo previsto en el artículo 53 de la presente ley.

La solicitud también podrá ser expresada por terceras personas cuando exista un documento de voluntad anticipada y el niño, niña o adolescente que lo suscribió se encuentre en incapacidad para hacerlo valer por sí mismo.

Parágrafo 1. Todos los médicos son competentes para recibir una solicitud de muerte médicamente asistida. La recepción de la solicitud no está reservada ni limitada para los médicos tratantes del niño, niña o adolescente ni para especialistas en el diagnóstico que motiva la solicitud.

Parágrafo 2. Todas las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) pertenecientes a la red de la Entidad Promotora de Salud (EPS), o quienes hagan sus veces, a la que se encuentre afiliado el niño, niña o adolescente son competentes para recibir la solicitud de muerte médicamente asistida.

Si la solicitud se expresa directamente ante una Institución Prestadora de Salud (IPS) esta deberá designar a un médico para que éste reciba la solicitud y proceda con su trámite.

Parágrafo 3. En caso de que la Institución Prestadora de Salud (IPS) cuente con las condiciones requeridas para tener un Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente en los términos previstos en el artículo 71 de la presente ley deberá tramitarla directamente. De lo contrario, deberá registrar la solicitud y remitirla a la Entidad Promotora de Salud (EPS), o quienes hagan sus veces, a la que esté afiliado el niño, niña o adolescente para que esta designe a una Institución Prestadora de Salud (IPS) competente.

Parágrafo 4. Las actuaciones relacionadas con el trámite de la solicitud desde el momento en el que ésta se recibe por parte del médico serán registradas en la historia clínica del paciente y esta documentación será remitida al Comité Interdisciplinario para ser usada en el proceso de verificación. La información reportada respetará las normas vigentes en materia de protección de datos personales y la confidencialidad de la historia clínica.



Parágrafo 5. En todas las etapas del trámite de la solicitud deberá garantizarse la presencia y acompañamiento de un defensor de familia que tendrá la función de promover la protección integral, el interés superior y la prevalencia de los derechos de los niños, niñas y adolescentes con el fin de evitar su amenaza, inobservancia o vulneración y restablecerlos de manera eficaz, oportuna y efectiva.

Artículo 59. Recepción de la solicitud. El médico que reciba la solicitud de muerte médicamente asistida deberá:

1. Revisar que la solicitud sea voluntaria, informada, específica, clara e inequívoca y que concurren las voluntades del niño, niña o adolescente y de sus padres o de quienes ejerzan su representación legal.
2. Revisar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la presente ley para acceder a la muerte médicamente asistida por parte de niños, niñas o adolescentes.
3. Registrar la solicitud en la historia clínica del niño, niña o adolescente desde el mismo momento en que es expresada.
4. Reportar la solicitud dentro de las primeras veinticuatro (24) horas luego de su recibo en el mecanismo de registro dispuesto para ello.
5. Activar, en las mismas primeras veinticuatro (24) horas luego del recibo de la solicitud, al Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.
6. Informar al niño, niña o adolescente solicitante y a sus padres o a quienes ejerzan su representación legal sobre el procedimiento y trámite que debe surtirse, las instancias involucradas, sus competencias y los tiempos de cada etapa y en particular los tiempos en que recibirán respuesta de su solicitud.

Artículo 60. Recepción de la solicitud que sea elevada por parte de terceras personas. Cuando la solicitud de muerte médicamente asistida sea expresada por terceras personas el médico, en compañía del defensor de familia, deberá:

1. Revisar que la solicitud sea voluntaria, informada, específica, clara e inequívoca.
2. Revisar el concepto médico e interdisciplinario basado en elementos objetivos para acreditar el estado vegetativo o la imposibilidad del niño, niña o adolescente de expresar el consentimiento.
3. Revisar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la presente ley para acceder a la muerte médicamente asistida por parte de niños, niñas y adolescentes y en particular revisar que se cumplan los requisitos previstos en la presente ley para el consentimiento



mediante documento de voluntad anticipada y el consentimiento sustituto en niños, niñas y adolescentes.

4. Registrar la solicitud en la historia clínica del niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida desde el mismo momento en que es expresada.
5. Revisar si la solicitud expresada por terceras personas se da con el objetivo de hacer valer un documento de voluntad anticipada u ocurre bajo la modalidad del consentimiento sustituto.
6. Registrar los vínculos de las personas que expresan la solicitud respecto del niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida.
7. En el caso de que se pretenda hacer valer un Documento de Voluntad Anticipada debe verificar que el niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida en efecto sea el suscriptor del documento, que sea mayor de doce (12) años y que el Documento cumpla con los requisitos exigidos en la presente ley.
8. En el caso del consentimiento sustituto, preguntar a las personas que expresan la solicitud por otras personas dentro de los tres grados de consanguinidad y en caso de aplicar por las personas que hagan parte de la red de apoyo del niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida que no hayan elevado la solicitud.
9. Reportar la solicitud dentro de las primeras veinticuatro (24) horas luego de su recibo en el mecanismo de registro dispuesto para ello.
10. Activar, en las mismas primeras veinticuatro (24) horas luego del recibo de la solicitud, al Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.
11. Informar a la persona solicitante sobre el procedimiento y trámite que debe surtir, las instancias involucradas, sus competencias y los tiempos de cada etapa y en particular los tiempos en que recibirá respuesta de su solicitud.

Artículo 61. Deber de información al solicitante. El médico que reciba la solicitud, en compañía del defensor de familia y el psicólogo y el psiquiatra infantil, deberá informar al niño, niña o adolescente solicitante y a sus padres o a quienes ejerzan su representación legal respecto de los siguientes asuntos:

1. El alcance del derecho a la muerte digna, las diferentes modalidades para ejercerlo incluyendo los cuidados paliativos, la adecuación del esfuerzo terapéutico y a la muerte médicamente asistida.



2. La condición médica y las distintas opciones de tratamiento disponibles a las que puede acceder el niño, niña o adolescente.
3. Los detalles del trámite y del proceso para acceder a la muerte médicamente asistida, las instancias involucradas, sus competencias y los tiempos de cada etapa.
4. La posibilidad de desistir de la solicitud y retirar su consentimiento en cualquier momento.

Parágrafo 1. La información entregada al niño, niña o adolescente deberá precisar y explicar de manera pedagógica y accesible el concepto de la muerte, el alcance de las diversas opciones de tratamiento médico a disposición y las implicaciones de cada una. Los contenidos y formas empleadas para transmitir esta información deberán ser diferenciales considerando los desarrollos psicológicos y neurocognitivos correspondientes a las diferentes edades en que se encuentre el potencial receptor de la muerte médicamente asistida. Para esto, el personal médico deberá hacer uso y apoyarse en profesionales de otras disciplinas y estar en compañía del defensor de familia.

Parágrafo 2. En el caso de los niños y niñas entre los seis (6) y los doce (12) años el deber de información se entiende como un deber reforzado. La información entregada deberá hacerse por parte de un psicólogo y un psiquiatra infantil y en compañía del defensor de familia y deberá incluir en su totalidad el concepto de la muerte. Esto es, información que le permite al niño o niña comprender que todo el mundo, incluso uno mismo va a morir y que se trata de un asunto irreversible, universal e inexorable y que la muerte médicamente asistida le causaría su propia muerte.

Artículo 62. Valoraciones. Luego de ser activado por el médico receptor de la solicitud el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente, en compañía del defensor de familia, deberá verificar el cumplimiento de los requisitos previstos en la ley para acceder a la muerte médicamente asistida en el caso de niños, niñas y adolescentes luego de realizar las siguientes valoraciones:

1. La capacidad y competencia del niño, niña o adolescente solicitante y de sus padres o de quienes ejerzan su representación legal para manifestar el consentimiento cuando puedan manifestarlo directamente.
2. La concurrencia de voluntades del niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida y de sus padres o de quienes ejerzan su representación legal.
3. Validez del documento de voluntad anticipada cuando se pretenda hacer valer uno. De conformidad con los requisitos previstos en la presente ley.
4. La prevalencia de la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias del niño, niña o adolescente cuando se exprese el consentimiento sustituto. De conformidad con los requisitos previstos en la presente ley.



5. Presencia en el potencial receptor de la muerte médicamente asistida de una enfermedad grave e incurable o de lesión corporal.
6. Presencia en el potencial receptor de la muerte médicamente asistida de un sufrimiento físico o psíquico que sea insoportable.
7. Existencia de un nexo causal entre los intensos sufrimientos físicos o psíquicos y la existencia de la enfermedad grave e incurable o de una lesión corporal.

Parágrafo 1. Las valoraciones y la verificación de las condiciones exigidas en la presente ley para acceder a la muerte médicamente asistida deberán ser realizadas por el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la expresión de la solicitud.

Parágrafo 2. El Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente deberá aplicar un enfoque diferencial para niños, niñas y adolescentes que comprenda el trato diferencial para niños entre los seis (6) y los doce (12) años y entre los doce (12) y los dieciocho (18) años.

Artículo 63. Decisión respecto de la solicitud. Luego de realizar las evaluaciones y valoraciones, y dentro del mismo plazo de diez (10) días calendario a partir de la expresión de la solicitud, el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente deberá verificar el cumplimiento de todos los requisitos exigidos por la presente ley para acceder a la muerte médicamente asistida por parte de niños, niñas y adolescentes y deberá convocar al niño, niña o adolescente solicitante, a sus padres o a quienes ejerzan su representación legal o a los terceros que presentaron la solicitud para que reiteren su consentimiento y decisión.

Luego de realizado ese proceso el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente decidirá de manera motivada si autoriza o deniega la realización del procedimiento de muerte médicamente asistida. Deberá comunicar por escrito la decisión ampliamente motivada al niño, niña o adolescente solicitante, a sus padres o a quienes ejerzan su representación legal.

Artículo 64. Petición de una segunda opinión. El niño, niña o adolescente solicitante a quien se le deniegue la práctica del procedimiento de muerte médicamente asistida tendrá derecho a exigir una segunda opinión por parte de un Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente integrado por personas diferentes a quienes realizaron la primera valoración y verificación.

El Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente encargado de otorgar la segunda opinión deberá estar conformado dentro de la misma Institución Prestadora de Salud (IPS) o en su defecto deberá estar conformado en otra Institución Prestadora de Salud (IPS) que pertenezca a la red de prestadores de servicios de la Entidad Promotora de Salud (EPS) a la que esté afiliado el niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida.



Artículo 65. Reiteración del consentimiento. Dentro del proceso para acceder a la muerte médicamente asistida el niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida, así como sus padres, o quienes ejerzan su representación legal, deberán manifestar su consentimiento de manera inicial y luego deberán reiterarlo como condición para que se le practique la muerte médicamente asistida.

En el caso de los niños y niñas entre los seis (6) y doce (12) años se deberá prestar especial atención al cumplimiento de lo exigido por el artículo 45.6 de la presente ley. Acreditada la reiteración del consentimiento se dará paso a la programación del procedimiento de muerte médicamente asistida en el menor tiempo posible.

Parágrafo. En el caso en el cual el niño, niña o adolescente solicite la muerte médicamente asistida y no se pueda reiterar el consentimiento por imposibilidad médica, primará el deseo de solicitar el procedimiento realizado inicialmente por estos siempre y cuando coincidan con los de los padres o quienes ejerzan su representación legal.

Artículo 66. Desistimiento de la solicitud. El niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida podrá desistir en todo momento de su solicitud de acceso a la muerte médicamente asistida. El desistimiento podrá realizarse de cualquier modo y deberá consignarse en la historia clínica del niño, niña o adolescente por parte del profesional médico que preste atención al niño, niña o adolescente.

Respecto del desistimiento del consentimiento de los padres o de quienes ejerzan la representación legal del niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida operarán las reglas previstas en el artículo 38 de la presente ley.

Artículo 67. Fijación de fecha para que se realice el procedimiento. Una vez el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente autorice la realización del procedimiento de muerte médicamente asistida, el niño, niña o adolescente solicitante podrá fijar la fecha para que se lleve a cabo el procedimiento de muerte médicamente asistida.

Artículo 68. Aplicación de la muerte médicamente asistida. Verificada la validez de los consentimientos concurrentes, el cumplimiento de todos los requisitos legalmente exigidos para acceder a la muerte médicamente asistida, reiterados los consentimientos concurrentes y verificada su validez en los casos en que tal acción sea exigible se agendará la aplicación de la muerte médicamente asistida.

El procedimiento de muerte médicamente asistida se programará atendiendo al interés y la voluntad del niño, niña o adolescente. Si así lo desea el niño, niña o adolescente potencialmente receptor de la muerte médicamente asistida, ese



servicio se le prestará en su domicilio. El Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente vigilará que el procedimiento se realice con el lleno de requisitos legales en la fecha y hora que el niño, niña o adolescente de común acuerdo con sus padres o con quienes ejerzan su representación legal determinen.

Artículo 69. El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces tendrá un término de seis (6) meses, contados a partir de la entrada en vigor de la presente ley para realizar las adecuaciones reglamentaras a las que hubiera lugar y de conformidad con lo previsto en la presente ley.

TÍTULO IV

CAPÍTULO I

COMITÉ CIENTÍFICO-INTERDISCIPLINARIO PARA MORIR DIGNAMENTE

Artículo 70. Del Comité Científico Interdisciplinario. El Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente, en tanto cuerpo colegiado, es la instancia encargada de tramitar y decidir respecto de las solicitudes de acceso a la muerte médicamente asistida.

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

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), o quienes hagan sus veces, tendrán un deber de coordinación de los Comités Científicos Interdisciplinarios para Morir Dignamente que se encuentren creados en Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) vinculadas a su oferta de servicios. El deber de coordinación permite garantizar la prestación del servicio y el goce efectivo del derecho a morir dignamente bajo la modalidad de muerte médicamente asistida por parte de las personas solicitantes que cumplan los requisitos y trámites previstos en la presente ley.

Esta coordinación deberá garantizar siempre la continuidad de la prestación del servicio y el ejercicio de los derechos de las personas solicitantes. Para garantizarlo, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), o quienes hagan sus veces, deberán tener una instancia de coordinación la cual será la dependencia encargada de gestionar, coordinar y garantizar la prestación de los servicios relacionados con el derecho a morir dignamente bajo la modalidad de muerte médicamente asistida.



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

Artículo 71. Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) obligadas a contar con un Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente. Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de nivel III y de nivel IV de complejidad y/o que presten al menos uno de los siguientes servicios de salud, deben crear, disponer y tener habilitado permanentemente un Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente:

1. Consulta externa en: dolor y cuidados paliativos, neurología, cardiología, oncología, nefrología, psiquiatría, geriatría, reumatología, fisioterapia, ortopedia.
2. Urgencias.
3. Cuidado intensivo pediátrico o de adultos.
4. Hospitalización pediátrica o de adultos.
5. Hospitalización del paciente crónico con o sin ventilación.

Parágrafo 1. Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que no presten ninguno de los servicios incluidos en el listado anterior y que no sean de complejidad III o IV, y que reciban una solicitud de acceso a la muerte médicamente asistida tendrán que poner en conocimiento la solicitud a la Entidad Promotora de Salud (EPS) a la que está afiliado el solicitante dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la recepción de la solicitud. La Entidad Promotora de Salud (EPS) deberá realizar las gestiones pertinentes para dar trámite a la solicitud.

Parágrafo 2. Es obligación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) vigilar y garantizar que las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que cumplan las condiciones previstas en el inciso primero del presente artículo y hagan parte de su red de prestadores de servicios creen y mantengan en funcionamiento el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.

Artículo 72. Composición del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente. Todos los Comités Científicos Interdisciplinarios para Morir Dignamente estarán compuestos por tres (3) personas de las siguientes calidades:

- a) Un médico con especialidad en la patología que tiene la persona solicitante del acceso a la muerte médicamente asistida. Debe ser diferente al médico tratante.
- b) Un abogado



- c) Un psiquiatra o psicólogo clínico. Debe ser diferente al psicólogo o psiquiatra tratante.

Cada integrante del Comité tendrá derecho a voto en la toma de decisiones del Comité y deberá ser designado por la Institución Prestadora de Salud (IPS).

Parágrafo 1. En caso de que un solicitante de la muerte médicamente asistida se encuentre dentro de los cuatro grados de consanguinidad, afinidad o sea el/la cónyuge o compañero(a) permanente de algún integrante del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente ese integrante del Comité se encontrará incurso en una casual de conflicto de interés.

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

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

Parágrafo 3. De conformidad con lo previsto en los artículos 86 y 87 de la presente ley, los integrantes del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente no podrán objetar conciencia respecto del procedimiento a su cargo.

Artículo 73. Funciones de los Comités Científicos Interdisciplinarios para Morir Dignamente. Los Comités Científicos Interdisciplinarios para Morir Dignamente tendrán las siguientes funciones:

- a. Recibir, tramitar y decidir la solicitud de muerte médicamente asistida verificando, en un término no superior a diez (10) días calendario a partir de la solicitud del interesado, el cumplimiento de los requisitos previstos en la presente ley para acceder a la muerte médicamente asistida.
- b. Verificar el cumplimiento de los requisitos contenidos en la presente ley para la validez y eficacia de los Documentos de Voluntad Anticipada o del consentimiento sustituto.



- c. Dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la recepción de la solicitud de muerte médicamente asistida, debe informar detallada, motivadamente y por escrito al solicitante si el procedimiento fue o no aprobado y las razones que motivaron esa determinación.
- d. Verificar y garantizar que el procedimiento aprobado de muerte médicamente asistida se desarrolle conforme las condiciones de tiempo, modo y lugar elegidas por la persona que solicitó la muerte médicamente asistida y que se den con arreglo a la autonomía del paciente y los principios de celeridad, oportunidad e imparcialidad.
- e. Hacer seguimiento a las valoraciones de los requisitos para acceder a la muerte médicamente asistida y ser garante de que el trámite de la solicitud y el procedimiento de muerte médicamente asistida se den con arreglo a lo previsto en la presente ley.
- f. Ordenar la suspensión del trámite de la solicitud o del procedimiento de muerte médicamente asistida si advierte alguna irregularidad.
- g. Informar a las autoridades competentes la posible comisión de una falta o delito con ocasión del trámite de la solicitud o del desarrollo del procedimiento de muerte médicamente asistida.
- h. Prestar el debido acompañamiento psicológico, médico y social continuo a la persona solicitante de la muerte médicamente asistida, a su familia y a su red de apoyo para atender los posibles efectos de la solicitud y de la aplicación de la muerte médicamente asistida.
- i. Proteger la reserva y confidencialidad de la información de la que tenga conocimiento con ocasión del cumplimiento de sus funciones, sin perjuicio de las excepciones legales y con arreglo a las disposiciones normativas sobre protección de datos personales.
- j. Informar a la Entidad Promotora de Salud (EPS) a la que se encuentre afiliada la persona potencialmente receptora de la muerte médicamente asistida respecto de las actuaciones realizadas en el proceso de recepción y trámite de la solicitud de muerte médicamente asistida y mantenerse en contacto con la Entidad Promotora de Salud (EPS).
- k. Elegir al secretario técnico y darse su propio reglamento, que en todo caso debe observar las reglas contenidas en la presente ley.



1. Entregar al Ministerio de Salud y Protección Social o a la entidad que haga sus veces informes en los que reporte los hechos y condiciones relacionados con la recepción y el trámite de las solicitudes de muerte médicamente asistida y de su aplicación en los términos previstos en la presente ley.

Artículo 74. Sesiones del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente. Luego de ser creado cada Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente deberá, en una sesión de instalación, darse su propio reglamento que deberá constar por escrito, designar un secretario técnico y disponer lo necesario para cumplir sus funciones.

En lo sucesivo, el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente deberá ser activado inmediatamente luego de que el médico que reciba la solicitud de muerte médicamente asistida informe a la secretaría técnica o a algún integrante del Comité. El Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente se reunirá reiteradamente hasta tomar una decisión y cumplir sus funciones respecto de cada caso concreto y con arreglo a los plazos previstos en la presente ley.

Parágrafo 1. El Comité podrá reunirse presencial o virtualmente, pero en todos los casos deberá registrar las reuniones en actas.

Parágrafo 2. Para deliberar y decidir el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente requerirá la participación de todos sus miembros. Las decisiones del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente, en la medida de lo posible, deberán ser tomadas de manera unánime. Sin embargo, en caso de que sea imposible el consenso de todos sus integrantes se tendrá por válida la decisión tomada con mayoría simple.

Artículo 75. De la Secretaría Técnica del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente. La Secretaría Técnica del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente deberá ser elegida por los integrantes del Comité conforme con lo previsto en su reglamento interno y deberá ejercer las siguientes funciones:

- a. Recibir por parte del médico las solicitudes de muerte médicamente asistida.
- b. Mantener comunicación con la persona solicitante de la muerte médicamente asistida o con su familia o red de apoyo con el propósito de brindar la información relacionada con el trámite y las decisiones relacionadas con el ejercicio del derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida.



- c. Convocar a sesiones al Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.
- d. Preparar y entregar a los demás integrantes del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente toda la información en su haber incluyendo propuestas, informes, documentos de trabajo y material de apoyo para que el Comité cumpla con sus funciones.
- e. Realizar las actas y hacer seguimiento al cumplimiento de las decisiones del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.
- f. Estar a cargo y mantener actualizado el archivo documental del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente, que debe incluir las actuaciones y sus soportes. Deberá garantizar la reserva y confidencialidad de la información.
- g. Responder las peticiones, solicitudes de información y requerimientos que le sean formulados al Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.
- h. Entregar la información que soporte los hechos y condiciones relacionadas con el proceso de recepción y trámite de las solicitudes de muerte médicamente asistida.
- i. Las demás funciones propias del rol y que se establezcan en el reglamento interno del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.

CAPÍTULO II DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD (IPS)

Artículo 76. Funciones de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) en relación con el procedimiento para acceder a la muerte médicamente asistida:

- a. Informar a los pacientes, a sus familias y a sus redes de apoyo de manera oportuna y con objetividad sobre el derecho a morir dignamente y las modalidades y requisitos para ejercerlo.
- b. Capacitar de manera periódica al personal médico asistencial y administrativo de la institución en las modalidades y requisitos para ejercer el derecho a morir dignamente.
- c. Crear y garantizar las condiciones para el funcionamiento, y desarrollo de las funciones de los Comités Científicos Interdisciplinarios para Morir Dignamente siempre que la Institución Prestadora de Salud (IPS) cumpla los criterios previstos en la presente ley para que sea exigible la creación y funcionamiento del Comité



Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente. Ello incluye la designación de los integrantes del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.

d. Garantizar las condiciones para el desarrollo de las evaluaciones y valoraciones necesarias para resolver y dar curso a las solicitudes de muerte médicamente asistida. Lo anterior, sin perjuicio de la voluntad de la persona solicitante.

e. Proteger la reserva y confidencialidad de la información de la que tenga conocimiento con ocasión del cumplimiento de sus funciones, sin perjuicio de las excepciones legales y con arreglo a las disposiciones normativas sobre protección de datos personales.

f. Garantizar que al interior de la Institución Prestadora de Salud (IPS) existan médicos no objetores de conciencia o permitir el acceso y cumplimiento de funciones de médicos que no sean objetores de conciencia para garantizar la práctica del procedimiento de muerte médicamente asistida previa orden del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.

g. Practicar directamente a través del médico designado para ese fin, los procedimientos de muerte médicamente asistida previa aprobación del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.

h. Mantener comunicación constante con la Entidad Promotora de Salud (EPS) de la persona potencialmente receptora del procedimiento de muerte médicamente asistida.

i. Permitir que el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente acceda a la documentación, a la persona potencialmente receptora del procedimiento de muerte médicamente asistida, a su familia y a su red de apoyo para realizar las verificaciones que considere pertinentes respecto del cumplimiento de requisitos para acceder a la muerte médicamente asistida.

Artículo 77. Protocolo para garantizar el ejercicio del derecho a morir dignamente. Todas las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) tendrán un (1) año a partir de la entrada en vigor de la presente ley para elaborar por escrito un protocolo interno referente a la garantía del derecho a morir dignamente. El protocolo deberá abordar al menos los siguientes asuntos:

a. Lineamientos con los procedimientos internos para la prestación de los servicios vinculados con el ejercicio del derecho a morir dignamente.

b. Lineamientos para desarrollar acciones periódicas de carácter informativo sobre el ejercicio del derecho a morir dignamente y sobre las modalidades para ejercerlo.

c. Lineamientos para desarrollar acciones formativas con el personal médico, asistencial y administrativo de la institución respecto del ejercicio del derecho a morir dignamente y las modalidades para ejercerlo.



d. Creación del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente en caso de estar obligado a tenerlo.

e. Lineamientos para que la institución sostenga un diálogo constante con las personas solicitantes de las modalidades para ejercer el derecho a morir dignamente, con sus familias, redes de apoyo y con las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

CAPÍTULO III DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (EPS)

Artículo 78. Funciones de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Son funciones de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en relación con el procedimiento para acceder a la muerte médicamente asistida:

a. Asegurarse de que en su red de prestadores de servicios de salud y en todos los departamentos en que tengan cobertura existan Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) contratadas que cumplan los requisitos exigidos por la presente ley para prestar los servicios relacionados con la muerte médicamente asistida y que cuentan con el protocolo interno exigido en el artículo anterior y con un Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente con su debido reglamento interno.

Esto incluye el deber de informar y comunicar sobre las redes de prestadores de servicios de salud y sobre los Comités Científicos Interdisciplinarios para Morir Dignamente que se encuentren conformados.

b. Garantizar la interlocución y coordinación con los Comités Científicos Interdisciplinarios para Morir Dignamente de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) contratadas como parte de su red de prestadores de servicios de salud para conocer las decisiones que estos Comités adopten y para tramitar oportunamente los requerimientos que por parte de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) les sean formulados.

c. Garantizar el desarrollo del trámite para ejercer el derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida cuando la solicitud la presente una Institución Prestadora de Salud (IPS) obligada a contar con un Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente y coordinar las acciones a su cargo para garantizar el ejercicio del derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida cuando se cumplan los requisitos y condiciones establecidos en la presente ley.

Esto incluye la obligación de coordinar los trámites y actuaciones necesarias para hacer efectivo el derecho a morir dignamente cuando el caso se presente ante una



Institución Prestadora de Salud (IPS) no obligada a contar con un Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.

d. Proteger la reserva y confidencialidad de la información de la que tenga conocimiento con ocasión del cumplimiento de sus funciones, sin perjuicio de las excepciones legales y con arreglo a las disposiciones normativas sobre protección de datos personales.

e. Obrar conforme con su obligación de imparcialidad y abstenerse de interferir por cualquier medio y forma en la solicitud o decisión de las personas, de su familia o redes de apoyo en relación con el derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida mediante actuaciones o prácticas que la afecten o vicien.

f. Garantizar el acompañamiento médico y psicológico para la persona solicitante de la muerte médicamente asistida y a su familia y a su red de apoyo antes, durante y después de que la persona solicitante acceda al procedimiento en los términos previstos en el artículo 13 de la presente ley.

g. Tramitar con celeridad las solicitudes de sus afiliados y pacientes que pretendan ejercer su derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida. Garantizar su atención de conformidad con los criterios de celeridad, oportunidad e imparcialidad y de conformidad con los principios reconocidos en el artículo 2 de la presente ley.

Artículo 79. Ruta interna para garantizar el ejercicio del derecho a morir dignamente. Todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tendrán un (1) año a partir de la entrada en vigor de la presente ley para elaborar por escrito una ruta interna referente a la garantía del derecho a morir dignamente. La ruta interna deberá abordar al menos los siguientes asuntos:

a. Los procesos y procedimientos para hacer efectivo el derecho a morir dignamente desde el trámite de la solicitud hasta la práctica de los procedimientos.

b. Lineamientos sobre las acciones encaminadas a informar a los pacientes, a sus familias y a sus redes de apoyo de manera oportuna y con objetividad sobre:

1. El derecho a morir dignamente y las modalidades y requisitos para ejercerlo
2. Las redes de prestadores de servicios de salud y sobre los Comités Científicos Interdisciplinarios para Morir Dignamente que se encuentren conformados.
3. Las acciones de capacitación de manera periódica al personal administrativo de la entidad en las modalidades y requisitos para ejercer el derecho a morir dignamente.

c. La designación de las personas y mecanismos previstos para garantizar la comunicación y coordinación con las personas solicitantes de la muerte



médicamente asistida, con sus familias, con sus redes de apoyo y con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).

d. Mecanismos de inspección, evaluación y vigilancia interna y a su red de prestadores de servicios de salud respecto de la implementación de las normas relacionadas con el derecho a morir dignamente.

CAPÍTULO IV

SISTEMA DE REPORTE DE LAS SOLICITUDES PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE EN LA MODALIDAD DE MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA

Artículo 80. Sistema de reporte de las solicitudes para el ejercicio del derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida. Se contará con un sistema de reporte de las actuaciones realizadas por parte del equipo médico, de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), y de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con ocasión de cada solicitud de acceso a la muerte médicamente asistida y cada procedimiento que culmine con el ejercicio del derecho a la muerte digna del solicitante.

Parágrafo 1. La información reportada respetará las normas vigentes en materia de protección de datos personales y la confidencialidad de la historia clínica. Solo contendrá información demográfica generalizada y anonimizada respecto de la enfermedad grave e incurable o lesión que causó los intensos sufrimientos físicos o psíquicos, la edad, sexo, identidad de género, y el municipio o distrito en que se realizó el procedimiento. No podrá incluirse información que permita la individualización o identificación de la persona que ejerció o solicitó el ejercicio del derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida.

Artículo 81. Reporte de recepción de la solicitud y del trámite. El médico que recibe la solicitud de muerte médicamente asistida será el responsable de realizar el primer registro de la solicitud de muerte médicamente asistida. Deberá registrar, en las veinticuatro (24) horas siguientes a su recibo, los datos de identificación y los datos de la solicitud de acuerdo con las especificaciones técnicas de reporte establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente reportará, en las veinticuatro (24) horas siguientes a su recibo, la recepción de la solicitud de muerte médicamente asistida de acuerdo con las especificaciones técnicas de reporte establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Luego de verificar el cumplimiento de las condiciones para ejercer el derecho a morir con dignidad a través de la muerte médicamente asistida, el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente deberá actualizar el estado de la revisión



de la solicitud de acuerdo con las especificaciones técnicas de reporte establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Además, deberá actualizar e incluir en el registro las circunstancias que rodean el proceso de trámite y verificación, así como de la realización del procedimiento de muerte médicamente asistida.

Parágrafo 1°. Las solicitudes presentadas ante una instancia administrativa de la Institución Prestadora de Salud (IPS) en la cual es atendida la persona deberán ser tramitadas de manera inmediata ante el médico que se designe para tal fin, quien realizará el reporte de la solicitud.

Parágrafo 2°. En el caso de que una solicitud sea presentada a una instancia administrativa de la Entidad Promotora de Salud (EPS), ella misma a través de su instancia de coordinación tramitará la solicitud de manera inmediata ante una Institución Prestadora de Salud (IPS) de su red y esta deberá seguir lo previsto en la presente ley.

Artículo 82. Reporte del trámite y de la realización del procedimiento de muerte médicamente asistida. Dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la realización del procedimiento de muerte médicamente asistida el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente deberá informar al Ministerio de Salud y Protección Social todos los hechos y condiciones relacionados con el trámite y con la realización del procedimiento incluyendo el manejo de la solicitud, las evaluaciones, las valoraciones y los conceptos vinculados con el trámite y con el procedimiento de muerte médicamente asistida.

Artículo 83. Hallazgos y revisión de la información reportada. El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá de un Comité Interno encargado de revisar y analizar la información suministrada por el personal médico, por las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con el fin de controlar el cumplimiento de los requisitos y condiciones previstas en la presente ley respecto del ejercicio del derecho fundamental a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida. Deberá considerar los datos generados en cada momento del reporte del procedimiento para fines estadísticos, de gestión del conocimiento y seguimiento a la solicitud.

Luego de realizadas las acciones previstas en el inciso anterior el Ministerio de Salud y Protección Social deberá realizar de oficio y sin dilación los traslados pertinentes a la Superintendencia Nacional de Salud para que ésta, en cumplimiento de sus funciones, pueda verificar el cumplimiento y la correcta implementación de la regulación del derecho fundamental a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida.



Artículo 84. Incumplimiento del deber de reporte. El Ministerio de Salud y Protección Social estará obligado a reportar de manera oficiosa y sin dilaciones ante la Superintendencia Nacional de Salud el incumplimiento del deber de reporte por parte del personal médico, de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). La Superintendencia Nacional de Salud deberá en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones previstas en la presente ley respecto del ejercicio del derecho fundamental a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud podrán solicitar al personal médico, a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) información adicional a la que fue por ellas reportada con el objetivo de vigilar y controlar el correcto desarrollo del procedimiento de muerte médicamente asistida.

Artículo 85. Información pública sobre el derecho a morir dignamente. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud deberán, en el marco de sus competencias, publicar semestralmente en sus respectivas páginas web la información general y anonimizada relacionada con el acceso, calidad y oportunidad para el goce efectivo del derecho a morir dignamente.

Se deberá incluir, al menos, la siguiente información:

1. Datos demográficos generales y anonimizados respecto de las solicitudes, trámites y procedimientos realizados. Esta información deberá desagregarse por edad, sexo, identidad de género, localización geográfica y diagnósticos médicos.
2. Información sobre las redes de prestadores que cumplen con los requisitos de habilitación exigidos en la presente ley y que cuentan con un Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente que esté operando.
3. Información sobre quejas recibidas y procedimientos administrativos sancionatorios adelantados y finalizados con ocasión de solicitudes y procedimientos de muerte médicamente asistida.

CAPÍTULO V OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Artículo 86. Objeción de conciencia. El profesional médico asignado para la realización del procedimiento de la muerte médicamente asistida podrá ejercer su derecho fundamental a la objeción de conciencia respecto de la realización del procedimiento por considerarlo incompatible con sus convicciones personales.

La objeción de conciencia deberá comunicarse de manera escrita y debidamente motivada a la persona solicitante del procedimiento y a las personas que se encuentren dentro de los tres grados de consanguinidad y a el(la) cónyuge o compañero(a) permanente y a las personas que hagan parte de la red de apoyo del



solicitante, al Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente, a la Institución Prestadora de Salud (IPS) y a la Entidad Promotora de Salud (EPS) del solicitante de la muerte médicamente asistida. Luego de objetar conciencia el profesional médico no estará obligado a realizar el procedimiento.

Dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la comunicación de la objeción de conciencia la Institución Prestadora de Salud (IPS) a instancias del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente deberá disponer de otro profesional médico no objetor de conciencia para que este realice la práctica de la muerte médicamente asistida.

Parágrafo 1. No podrán objetar conciencia los profesionales médicos ni las personas a cargo de tramitar la solicitud de acceso al procedimiento de la muerte médicamente asistida o de informar a los interesados sobre el ejercicio del derecho a la muerte digna.

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

Artículo 87. Objeción de conciencia institucional. En ningún caso se tendrá como válida la objeción de conciencia institucional por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) ni de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) ni por parte de otras personas jurídicas encargadas de prestar servicios de salud o pertenecientes al sistema de salud. Para los efectos de la objeción de conciencia se tendrá como actor institucional al Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente por lo que sus integrantes no podrán objetar conciencia.

TÍTULO V DISPOSICIONES FINALES

CAPÍTULO I GARANTÍAS JURÍDICO PENALES

Artículo 88. De la cláusula de exclusión penal. El profesional de la medicina que como resultado de la solicitud, autorización y programación hubiese realizado el procedimiento mediante el cual se hizo efectivo el derecho a morir dignamente bajo la modalidad de la muerte médicamente asistida con el fin de aliviar el sufrimiento de quien la solicita, quedará excluido de las sanciones penales previstas en el artículo 106 del Código Penal y de las demás sanciones penales o disciplinarias que se le pudieran adecuar por esta conducta, siempre que se cumpla con las condiciones y requisitos contemplados en la presente ley.

Artículo 89. Adiciónese un inciso al artículo 106 de la Ley 599 del 2000, el cual quedará así:

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

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

CAPÍTULO II

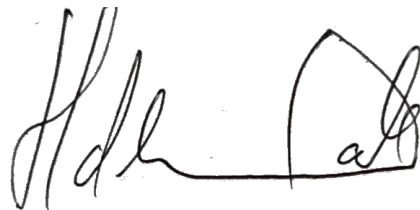
Artículo 90. Apropiación presupuestal. El Gobierno Nacional incluirá anualmente en el proyecto de ley de presupuesto las partidas necesarias para la garantía de acceso a la muerte digna y para la correcta aplicación de las disposiciones contenidas en esta ley. Dará cumplimiento a lo previsto en el presente artículo de acuerdo con los procedimientos determinados en las normas vigentes.

Artículo 91. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir del momento de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente



JUAN CARLOS LOZADA VARGAS
Representante a la Cámara



HUMBERTO DE LA CALLE LOMBANA
Senador de la República

 <p>LUIS ALBERTO ALBÁN URBANO Representante a la Cámara Partido Comunes</p>	 <p>Juan Sebastián Gómez Gonzáles Representante a la Cámara por Caldas Nuevo Liberalismo</p>
 <p>LUZ MARIA MUNERA MEDINA Representante a la Cámara por Antioquia Pacto Historico - Polo Alternativo Democratico</p>	 <p>CATHERINE JUVINAO CLAVIJO Representante a la Cámara por Bogotá Partido Alianza Verde</p>
 <p>Julio Alberto Elías Vidal Senador de la República</p>	 <p>MODESTO AGUILERA VIDES REPRESENTANTE A LA CÁMARA DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO</p>
 <p>LEIDER ALEXANDRA VÁSQUEZ OCHOA Representante a la Cámara por Cundinamarca</p>	 <p>PEDRO JOSÉ VACCA SUÁREZ Representante a la Cámara por el Departamento de Boyacá Pacto Histórico</p>



Jorge Méndez Hernández
Representante a la Cámara



ELIZABETH JAY-PANG DÍAZ
Representante a la Cámara
Departamento de San Andrés y Providencia




MARÍA FERNANDA CARRASCAL ROJAS
Representante a la Cámara por Bogotá



INTI RAÚL ASPRILLA REYES
Senador de la República
Partido Verde



HÉCTOR DAVID CHAPARRO
Representante a la Cámara por Boyacá
Partido Liberal Colombiano



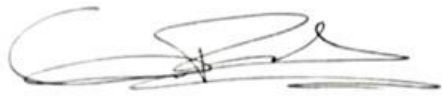
KATHERINE MIRANDA
Representante a la Cámara
Partido Alianza Verde



ALIRIO URIBE MUÑOZ
Representante a la Cámara por Bogotá
Pacto Histórico



DANIEL CARVALHO MEJÍA
Representante a la Cámara
Coalición Verde Esperanza



Germán Rogelio Rozo Anís
Representante a la Cámara
Departamento de Arauca



Erick Adrián Velasco Burbano
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño



GABRIEL BECERRA YAÑEZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico



JAIRO CALA SUAREZ
Representante a la Cámara por
Santander
Partido Comunes-PH



SANTIAGO OSORIO MARIN
Representante a la Cámara
Coalición Alianza Verde - Pacto Histórico



ANDRÉS DAVID CALLE AGUAS
H.R. por el Departamento de Córdoba
Partido Liberal Colombiano

 <p>DAVID RICARDO RACERO MAYORCA Representante a la Cámara por Bogotá Coalición Pacto Histórico</p>	 <p>ALEJANDRO GARCÍA RÍOS Representante a la Cámara por Risaralda Partido Alianza Verde</p>
 <p>ESMERALDA HERNANDEZ SILVA Senadora de la República Pacto Histórico</p>	 <p>JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL Representante a la Cámara Dignidad & Compromiso</p>
 <p>OLGA BEATRIZ GONZALEZ CORREA Representante a la Cámara por Tolima Partido Liberal Colombiano</p>	 <p>CAROLINA GIRALDO BOTERO Representante a la Cámara por Risaralda Alianza Verde</p>
 <p>ANDRÉS CANCEMANCE LÓPEZ Representante a la Cámara - Putumayo Pacto Histórico</p>	

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. OBJETO DE LA LEY

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

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

2. ANTECEDENTES

Desde 1998 ante el Congreso de la República se han radicado y tramitado 14 iniciativas legislativas similares, encaminadas a reglamentar el derecho de acceso a la muerte digna. Algunos de estos proyectos regulaban distintas modalidades de materialización de este derecho, incluyendo la muerte médicamente asistida. En varias ocasiones las iniciativas lograron superar al menos el primer debate, bien fuera en Senado o en Cámara de Representantes, sin embargo, nunca lograron continuar su trámite en el Congreso por lo que a la fecha aún existen vacíos legislativos sobre este asunto.

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

El segundo intento se realizó mediante el Proyecto de Ley Estatutaria No. 063 de 2020 Cámara, proyecto que corrió la misma suerte del primero, siendo archivado por la Plenaria de la Cámara de Representantes. De esta iniciativa fueron autores los Honorables Senadores Horacio José Serpa Moncada, Armando Alberto Benedetti Villaneda, Julián Bedoya Pulgarín, Luis Fernando Velasco Chaves, Guillermo García Realpe, Andrés Cristo Bustos y los Honorables Representantes Juan Fernando Reyes Kuri, Elizabeth Jay-Pang Díaz, Luis Alberto Albán Urbano, Carlos Adolfo Ardila Espinosa, José Daniel López Jiménez, Mauricio Andrés Toro Orjuela, Jaime Rodríguez Contreras, María José Pizarro Rodríguez, Hernán Gustavo Estupiñán Calvache, Harry Giovanni González García, Elbert Díaz Lozano, Jorge Eliécer Tamayo Marulanda, Rodrigo Arturo Rojas Lara, Nubia López Morales, Álvaro Henry Monedero Rivera, Norma Hurtado Sánchez, John Arley



Murillo Benítez, Juanita María Goebertus Estrada, Alfredo Rafael Deluque Zuleta, Catalina Ortiz Lalinde, Jezmi Lizeth Barraza Arraut, Fabio Fernando Arroyave Rivas, Julián Peinado Ramírez, Jorge Méndez Hernández, Alejandro Alberto Vega Pérez, Ángela María Robledo Gómez, Jorge Enrique Benedetti Martelo, César Augusto Lorduy Maldonado, Flora Perdomo Andrade, Carlos Germán Navas Talero, Katherine Miranda Peña y Juan Carlos Lozada Vargas.

En 2021 se radicó el Proyecto de Ley Estatutaria No. 007 de 2021 Cámara. Una vez más, fue aprobado por la Comisión Primera de la Cámara de Representantes, pero archivado por la Plenaria de la misma corporación.

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

En el Senado de la República se presentó la cuarta iniciativa legislativa en caminata a regular la materia. Se trató del Proyecto de Ley No. 70 de 2020 Senado cuyo autor fue el Honorable Senado Armando Benedetti. También ante el Senado, pero por iniciativa gubernamental del Ministerio de Salud y Protección Social, se radicó el Proyecto de Ley Estatutaria No. 355 de 2020 Senado. Ninguna de las dos iniciativas prosperó y fueron archivados de conformidad con lo previsto por el artículo 153 superior.

El presente Proyecto de Ley Estatutaria fue inicialmente radicado el 20 de julio de 2022 adoptando como base el articulado y la exposición de motivos plasmada por el Proyecto de Ley Estatutaria No. 007 de 2021 Cámara, el cual fue impulsado principalmente por el Honorable Representante Juan Fernando Reyes Kuri quien, durante los cuatro años del periodo legislativo anterior, dio la lucha al interior de la Cámara de Representantes por, finalmente, regular el derecho a morir dignamente. También se tuvieron en cuenta las modificaciones que el congresista referido, quien además fue el ponente de la iniciativa, plasmó en la ponencia para



el segundo debate, por considerar que son los avances más recientes como parte de los esfuerzos legislativos por reglamentar el acceso al derecho a la muerte digna.

Este proyecto, que recibió el número 006 de 2022 Cámara, fue aprobado en primer debate en la Comisión Primera de la Cámara de Representantes, sin embargo fue archivado por no haberse podido continuar con su discusión en el término de la legislatura.

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

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

En su primer debate el proyecto recibió 64 proposiciones al articulado y el 3 de octubre fue aprobado el proyecto por parte de la Comisión Primera Constitucional permanente de la Cámara de Representantes en primer debate.

Con ocasión del trámite de la iniciativa se sostuvieron reuniones técnicas con actores del sector salud y con organizaciones de la sociedad civil defensoras de derechos humanos y en particular dedicadas a la defensa del ejercicio del derecho a morir dignamente. Atendiendo a sus recomendaciones y al desarrollo mismo del primer debate se planteó un texto ajustado que fue presentado como ponencia para segundo debate y que es el que en esta oportunidad se pone a consideración del Congreso de la República.

Las modificaciones más relevantes entre el texto aprobado en primer debate y el texto propuesto consisten en la inclusión de 37 artículos nuevos que responden a



cuestionamientos e inquietudes planteadas durante el primer debate en la Comisión Primera de la Cámara de Representantes. El articulado ahora propuesto responde a esas inquietudes y acota elementos de la regulación que el texto debatido no puntualizaba lo suficiente.

Así las cosas, los artículos 27 y 44 del texto aprobado en la Comisión Primera se organizaban respectivamente en 17 y 18 numerales abordando aspectos esenciales de la reglamentación del trámite. Dentro de esos elementos se incluían las responsabilidades y actos de coordinación entre los actores del sistema como el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente, las Instituciones Prestadoras de Salud, las Entidades Promotoras de Salud y el personal médico. También se abordaban asuntos del registro de los trámites y procedimientos previos a la aplicación de la muerte médicamente asistida y obligaciones y medidas de coordinación entre el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia de Salud y las Secretarías municipales y distritales para ejercer las labores de control, vigilancia y seguimiento a la implementación de la ley. Además, esos artículos en conjunto con los que pretenden regular el consentimiento abordan condiciones y lineamientos para manifestar el consentimiento en sus diversas modalidades, incluyendo el consentimiento sustituto y el consentimiento mediante Documentos de Voluntad Anticipada. Incluso, estos artículos fijaban reglas y condiciones temporales para realizar cada momento del trámite.

Lo que se hace por intermedio de los artículos nuevos es desagregar cada uno de los numerales contenidos en los referidos artículos 27 y 44 del proyecto aprobado en primer debate y acotar las particularidades en artículos autónomos e independientes. Por ende, cada elemento o fase del trámite de la solicitud de muerte médicamente asistida que estaba previsto desde el primer debate se desarrolla ahora de manera más detallada.

En consecuencia, el Título II y el Título III del proyecto, respectivamente dedicados al proceso para acceder a la muerte médicamente asistida en mayores y en menores de edad se fortalece y se nutre con nuevos artículos que lejos de incorporar nuevas etapas al proceso detallan en mayor medida las condiciones para surtir el procedimiento previsto y debatido en la Comisión Primera de esta Cámara.

Situación similar ocurre respecto de las responsabilidades y actos de coordinación de los diversos participantes en el trámite para acceder a la muerte médicamente asistida. Así las cosas, el Título IV del proyecto se ve fortalecido incorporando nuevos artículos que precisan las responsabilidades y roles por parte del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente, de las Entidades Promotoras de Salud y de las Entidades Prestadoras de Salud con relación a la muerte médicamente asistida. Responsabilidades y roles que se precisan y respecto de los cuales se propone legislar con mayor nivel de detalle.

Finalmente, también en el Título IV del proyecto se precisan las condiciones para que los actores responsables de registrar las acciones del trámite y del



procedimiento de muerte médicamente asistida lo hagan y se entra en mayor detalle sobre los modos de articulación institucional para realizar el debido monitorio y seguimiento a la implementación de la ley. Todos esos elementos, como se reiteró y es notorio de la lectura de los textos, estaban previstos y fueron ampliamente abordados y debatidos por la Comisión Primera de la Cámara de Representantes en primer debate.

En suma, el texto que en esta oportunidad se presenta para consideración del Congreso de la República está fortalecido, no solo por las experiencias y debates de los proyectos anteriores, sino por las reuniones y mesas técnicas con expertos que han ayudado a plantear medidas que incrementan la seguridad jurídica de los participantes y de los titulares del derecho a morir dignamente y que otorgan mayor legitimidad democrática. Esto último, en tanto esta versión regula con mayor detalle todos los elementos antes descritos que resultan esenciales para la correcta regulación del derecho a morir dignamente.

3. FUNDAMENTOS JURÍDICOS DEL PROYECTO

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

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

3.1. CONSTITUCIONALES

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

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

*“**Artículo 1.** Colombia es un estado social de derecho, organizado en forma de república unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general”.*



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

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

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

“Artículo 13. *Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica*

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

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

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

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

3.2. LEGALES



Ley 1733 de 2014. Ley Consuelo Devis Saavedra: *“mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida,”*

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

“1. Derecho al cuidado paliativo: Todo paciente afectado por enfermedad terminal, crónica, degenerativa, irreversible de alto impacto en la calidad de vida tiene derecho a solicitar libre y espontáneamente la atención integral del cuidado médico paliativo. Las actividades y servicios integrales del cuidado paliativo se deberán prestar de acuerdo al Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud y las guías de manejo que adopten el Ministerio de Salud y Protección Social y la CRES.

2. Derecho a la información: Todo paciente que sea diagnosticado de una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible, tiene derecho a recibir información clara, detallada y comprensible, por parte del médico tratante, sobre su diagnóstico, estado, pronóstico y las alternativas terapéuticas de atención paliativa propuestas y disponibles, así como de los riesgos y consecuencias en caso de rehusar el tratamiento ofrecido. En todo momento la familia del paciente igualmente tendrá derecho a la información sobre los cuidados paliativos y a decidir sobre las alternativas terapéuticas disponibles en caso de incapacidad total del paciente que le impida la toma de decisiones.

3. Derecho a una segunda opinión: El paciente afectado por una enfermedad a las cuales se refiere esta ley, podrá solicitar un segundo diagnóstico dentro de la red de servicios que disponga su EPS o entidad territorial.

4. Derecho a suscribir el documento de Voluntad Anticipada: Toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades legales y mentales, con total conocimiento de las implicaciones que acarrea el presente derecho podrá suscribir el documento de Voluntad Anticipada. En este, quien lo



suscriba indicará sus decisiones, en el caso de estar atravesando una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que eviten prolongar una vida digna en el paciente y en el caso de muerte su disposición o no de donar órganos.

5. Derecho a participar de forma activa en el proceso de atención y la toma de decisiones en el cuidado paliativo: Los pacientes tendrán el derecho a participar de forma activa frente a la toma de decisiones sobre los planes terapéuticos del cuidado paliativo.

6. Derechos de los Niños y Adolescentes: Si el paciente que requiere cuidados paliativos es un niño o niña menor de catorce (14) años, serán sus padres o adultos responsables de su cuidado quienes elevarán la solicitud. Si el paciente es un adolescente entre catorce (14) y dieciocho (18) años, él será consultado sobre la decisión a tomar.

7. Derecho de los familiares. Si se trata de un paciente adulto que está inconsciente o en estado de coma, la decisión sobre el cuidado paliativo la tomará su cónyuge e hijos mayores y faltando estos sus padres, seguidos de sus familiares más cercanos por consanguinidad.”

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

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

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

3.3. REGLAMENTARIOS



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

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

“(…)”

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

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

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

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

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

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

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

Este acto dispone entre otras, el contenido, los requisitos, formas y condiciones para que las voluntades anticipadas se consideren válidas y para que los interesados



tengan acceso y puedan manifestar su voluntad por intermedio del referido documento.

Resolución 229 de 2020 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social *“Por la cual se definen los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la carta de desempeño de las Entidades Promotoras de Salud - EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado”*

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

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

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

4.5.2.2 Recibir información sobre la oferta de servicios y prestadores a los cuales puede acceder para garantizar la atención en cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida, independientemente de la fase clínica de final de vida, enfermedad incurable avanzada o enfermedad terminal, mediante un tratamiento integral del dolor y otros síntomas, que puedan generar sufrimiento, teniendo en cuenta sus concepciones psicológicas, físicas, emocionales, sociales y espirituales.

4.5.2.3 Recibir toda la atención necesaria para garantizar el cuidado integral y oportuno con el objetivo de aliviar los síntomas y disminuir al máximo el sufrimiento secundario al proceso de la enfermedad incurable avanzada o la enfermedad terminal.

4.5.2.4 Ser informado de los derechos al final de la vida, incluidas las opciones de cuidados paliativos o eutanasia y cómo éstas no son excluyentes. El médico tratante, o de ser necesario el equipo médico interdisciplinario, debe brindar al paciente y a su familia toda la información objetiva y necesaria, para que se tomen las decisiones de acuerdo con la voluntad del paciente y su mejor interés y no sobre el interés individual de terceros o del equipo médico.



4.5.2.5 *Estar enterado de su diagnóstico o condición y de los resultados de estar en el proceso de muerte, así como de su pronóstico de vida. El paciente podrá negarse a recibir dicha información o a decidir a quién debe entregarse.*

4.5.2.6 *Recibir información clara, detallada, franca, completa y comprensible respecto a su tratamiento y las alternativas terapéuticas, así como sobre su plan de cuidados y objetivos terapéuticos de las intervenciones paliativas al final de la vida. También le será informado acerca de su derecho a negarse a recibir dicha información o a decidir a quién debe entregarse la misma.*

4.5.2.7 *Solicitar que se cumplan los principios de proporcionalidad terapéutica y racionalidad, así como negarse a que se apliquen actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos que sean fútiles o desproporcionados en su condición y que puedan resultar en obstinación terapéutica.*

4.5.2.8 *Solicitar que sean readecuados los esfuerzos terapéuticos al final de la vida en consonancia con su derecho a morir con dignidad permitiendo una muerte oportuna.*

4.5.2.9 *Ser respetado en su derecho al libre desarrollo de la personalidad cuando, tras recibir información, decide de forma libre rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos y/o tratamientos.*

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

4.5.2.11 *A que le sea garantizado el ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, una vez ha expresado de forma libre, inequívoca e informada esta voluntad y a ser evaluado para confirmar que esta decisión no es resultado de la falta de acceso al adecuado alivio sintomático.*

4.5.2.12 *Que se mantenga la intimidad y la confidencialidad de su nombre y el de su familia limitando la publicación de todo tipo de información que fuera del dominio público y que pudiera identificarlos, sin perjuicio de las excepciones legales.*

4.5.2.13 *Que se garantice la celeridad y oportunidad en el trámite para acceder al procedimiento de eutanasia, sin que se impongan barreras administrativas y burocráticas que alejen al paciente*



del goce efectivo del derecho, y sin que se prolongue excesivamente su sufrimiento al punto de causar su muerte en condiciones de dolor que, precisamente, busca evitar.

4.5.2.14 Recibir por parte de los profesionales de la salud, los representantes y miembros de las EPS e IPS una atención imparcial y neutral frente a la aplicación de los procedimientos y procesos asistenciales orientados a hacer efectivo el derecho a morir dignamente a través del procedimiento eutanásico.

4.5.2.15 Ser informado sobre la existencia de objeción de conciencia del médico tratante o quien haya sido designado para la realización del procedimiento eutanásico, en caso de que existiera, para evitar que los profesionales de la salud sobrepongan sus posiciones personales ya sean de contenido ético, moral o religioso y que conduzcan a negar el ejercicio del derecho.

4.5.2.16 A que la IPS donde está recibiendo la atención, con apoyo de la EPS en caso de ser necesario, garantice el acceso inmediato a la eutanasia cuando el médico designado para el procedimiento sea objetor de conciencia.

4.5.2.17 Recibir la ayuda o el apoyo psicológico, médico y social para el paciente y su familia, que permita un proceso de duelo apropiado. La atención y acompañamiento no debe ser esporádica, sino que tendrá que ser constante, antes, durante y después de las fases de decisión y ejecución del procedimiento orientado a hacer efectivo el derecho a morir dignamente.

4.5.2.18 Ser informado de su derecho a suscribir un documento de voluntad anticipada, según lo establecido en la Resolución 2665 de 2018 o la norma que la modifique o sustituya donde exprese sus preferencias al final de la vida y dé indicaciones concretas sobre su cuidado, el acceso a la información de su historia clínica y aquellas que considere relevantes en el marco de sus valores personales o de la posibilidad de revocarlo, sustituirlo o modificarlo.

4.5.2.19 Que en caso de inconciencia o incapacidad para decidir al final de la vida y de no contar con un documento de voluntad anticipada, su representante legal consienta, disienta o rechace medidas, actividades, intervenciones, insumas, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos que resulten desproporcionados o que vayan en contra del mejor interés del paciente.



4.5.2.20 *Ser respetado por los profesionales de la salud y demás instancias que participen en la atención respecto de la voluntad anticipada que haya suscrito como un ejercicio de su autonomía y a que estas instancias sean tenidas en cuenta para la toma de decisiones sobre la atención y cuidados de la persona; lo anterior, sin desconocer la buena práctica médica.*

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

4.5.2.22 *Recibir asistencia espiritual siempre que lo solicite y a ser respetado en sus creencias, cualquiera que estas sean, al igual que negarse a recibir asistencia espiritual y a ser respetado en su decisión.”*

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

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

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

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

Esta es la norma más actualizada y completa para guiar las acciones del talento humano en salud y del personal médico, de las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, de las entidades administradoras de planes de beneficios EAPB y de los ciudadanos en lo que tiene que ver con el acceso y goce del derecho a la muerte digna por medio de la eutanasia.

3.4. JURISPRUDENCIALES



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

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

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

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

Al respecto consideró la Corte que:

“desconocen el mandato constitucional del artículo 16, que reconoce el derecho al libre desarrollo de la personalidad “sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico”, en cuanto coartan la libertad que posee María Libia Pérez Duque de decidir si se somete o no a un tratamiento médico y las modalidades del mismo, e interfieren indebidamente la potestad de autodeterminarse, conforme a su propio arbitrio dentro de los límites permitidos, en lo relativo a lo que a su juicio es más conveniente”

(...)

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



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

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

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

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

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

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

En cambio, la decisión de cómo enfrentar la muerte adquiere una importancia decisiva para el enfermo terminal, que sabe que no puede ser curado, y que por ende no está optando entre la muerte y muchos años de vida plena, sino entre morir en condiciones que él escoge, o morir poco tiempo después en circunstancias dolorosas y que juzga indignas. El derecho fundamental a vivir



en forma digna implica entonces el derecho a morir dignamente, pues condenar a una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones, equivale no 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.”

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

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

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

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



creencias ajenas, así una inmensa mayoría de la población las estime intangibles.

(...)

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

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

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

“En aras de la seguridad jurídica, la Corte exhortará al Congreso para que en el tiempo más breve posible, y conforme a los principios constitucionales y a elementales consideraciones de humanidad, regule el tema de la muerte digna.”

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

“Los puntos esenciales de esa regulación serán sin duda:

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



En 2014, y ante la omisión del Congreso frente a la regulación de este asunto, la Corte Constitucional volvió a pronunciarse sobre el particular. En sentencia **T-970 de 2014** el Alto Tribunal volvió a exhortar al Legislativo y al Ministerio de Salud a regular el acceso a la muerte digna y en particular a la eutanasia, notando que el vacío normativo existente en la materia ponía en riesgo el acceso al derecho a la muerte digna y la efectividad de las órdenes impartidas por el alto tribunal en la referida providencia de 1997.

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

“(i) medie el consentimiento libre e informado del paciente; (ii) lo practique un médico; (iii) el sujeto pasivo padezca una enfermedad terminal que le cause sufrimiento.”

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

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

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

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

La Corte Constitucional volvió a pronunciarse respecto del ejercicio del derecho a la muerte digna con relación a la muerte médicamente asistida en la sentencia **T-132 de 2016**. En aquella providencia reiteró como una condición entonces



necesaria para acceder a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida que la persona sufriera una enfermedad terminal.

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

Como resultado de otra revisión de un trámite de tutela, la Corte Constitucional profirió la sentencia **T-423 de 2017**. En esa decisión ordenó a entidades públicas y privadas adoptar medidas para evitar que las barreras de acceso propias del sistema de salud y de los actores involucrados en la prestación de los servicios de salud impidieran el goce efectivo del derecho a la muerte digna.

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

“El derecho fundamental a morir con dignidad tiene múltiples dimensiones y no es unidimensional, como hasta ahora se ha concebido, haciendo énfasis en la muerte anticipada o el procedimiento denominado “eutanasia”, pues se trata de un conjunto de facultades que permiten a una persona ejercer su autonomía y tener control sobre el proceso de su muerte e imponer a terceros límites respecto a las decisiones que se tomen en el marco del cuidado de la salud.”

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

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

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



de los niños, niñas y adolescentes previsto en el artículo 44 Superior, y llevaría a admitir tratos crueles e inhumanos de los menores de edad, y la afectación de su dignidad.

(...)

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

(...)

la Sala reconoce que la materialización del derecho presenta algunas diferencias y particularidades en relación con los NNA, principalmente en los aspectos relacionados con el consentimiento y la manifestación de la voluntad, las cuales no pueden llevar a desconocer que son titulares del derecho. Por el contrario, esas particularidades deben ser reconocidas, consideradas y afrontadas en aras de lograr una oportuna regulación de esos aspectos específicos”

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

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

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



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

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

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

“la condición de enfermedad terminal efectivamente puede llevar al desconocimiento de la prohibición de someter a una persona a tratos crueles, inhumanos o degradantes, puesto que: (i) imponer a una persona soportar el sufrimiento derivado de enfermedad o lesión grave e incurable implica someterla a tratos y penas inhumanas, crueles y degradantes; (ii) no resulta justificable que una persona pueda elegir terminar su vida en esas condiciones cuando recibe el diagnóstico de enfermedad terminal, pero no cuando no lo tiene, pues en el primer caso, razonablemente, su sufrimiento se extenderá por un tiempo más corto que en el segundo; (iii) estos padecimientos intensos no suponen en realidad un beneficio para el bien jurídico de la vida, dadas las condiciones ya exigidas por el tipo penal (enfermedad grave e incurable que provoca intensos sufrimientos); (iv) en torno al sufrimiento y el dolor una vertiente considera que es posible identificar el dolor a partir de criterios objetivos, y otra lo describe como una experiencia esencialmente subjetiva; (v) la Sala respeta ambas corrientes, pero en el ámbito del ejercicio del derecho fundamental a morir dignamente, existe una subregla que privilegia la dimensión subjetiva.

(...)

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

(...)



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

(...)

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

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

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

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

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



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

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

Las cuatro dimensiones a las que se hace referencia son:

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

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

Así, precisó que las tres modalidades o facetas del derecho no son incompatibles entre sí ni tampoco puede el Estado imponer mediante el derecho positivo la obligación de recurrir o preferir una de las facetas por sobre las otras.

“el derecho fundamental a morir dignamente tiene tres dimensiones, los cuidados paliativos, la adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico y las prestaciones específicas para la muerte digna o eutanásicas. Es un deber del estado avanzar progresivamente en cada una de estas facetas, como ocurre con todo derecho fundamental y, en especial, con sus facetas prestacionales. Por esa razón no existe incompatibilidad entre las tres facetas, sino que todas deben contribuir a aumentar la dignidad y la capacidad de auto determinarse de todas las



personas en el umbral de la muerte. Por esa razón, no puede imponerse a la persona agotar una faceta antes que otra, ni tampoco aceptar un tratamiento que considera desproporcionado, sino que corresponde al paciente determinar cuál es el cauce que mejor se adecúa a su condición de salud, a sus intereses vitales, y a su concepto de vida digna.”

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

4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

El derecho a morir dignamente es un derecho fundamental, estrechamente relacionado con la dignidad humana, con la autonomía individual, con la intimidad, con la salud y con el libre desarrollo de la personalidad. Pese a ello, es un derecho autónomo e independiente que le permite a la persona tener control y tomar todas las decisiones, libres e informadas, sobre el proceso de su muerte. Este derecho comprende tres dimensiones o modalidades relacionadas con el final de la vida, a saber: los cuidados paliativos; la adecuación o abandono del esfuerzo terapéutico; y la muerte médicamente asistida, también conocida como eutanasia.

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

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

Sin embargo, las referidas normas han sido producto de ordenes de la Corte Constitucional en virtud de desarrollos casuísticos y desagregados. Por ende, las



Resoluciones y las materias que abarcan responden a la conciencia paulatina del Estado sobre barreras que afectan a la población en su esfuerzo por acceder y gozar plenamente del derecho a la muerte digna. Así las cosas, pese a constituir desarrollos relevantes en los esfuerzos estatales por solucionar la problemática resultan insuficientes.

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

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

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

El derecho a la muerte digna:

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

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

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

Esas dimensiones no son excluyentes por lo que para gozar del derecho a la muerte digna no es dable exigir que la persona use alguna en particular en desmedro de



otra(s) ni tampoco es dable imponer un orden o secuencia temporal en su uso. Por el contrario, si en ejercicio de la autonomía de la voluntad la persona opta por acudir a las diferentes modalidades de manera concomitante puede hacerlo.

La muerte médicamente asistida:

También conocida como eutanasia es uno de los tres mecanismos o dimensiones mediante las cuales es posible ejercer el derecho fundamental a morir dignamente. Es entendida como el procedimiento médico por medio del cual un profesional de la salud induce la muerte de manera anticipada a una persona que así lo ha solicitado de manera libre, informada, inequívoca y reiterada como medio para detener el sufrimiento intolerable que padece.

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

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

“porque es imposible que una muerte sea, a la vez, voluntaria y contra la voluntad de una persona. Por esta razón, el concepto de eutanasia involuntaria es un oxímoron; si no es voluntaria, quizá sea un homicidio compasivo, pero no una eutanasia”²

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

Respecto de las condiciones para el ejercicio de la muerte médicamente asistida la Corte Constitucional ha notado que existe un vacío normativo que pone en riesgo el ejercicio del derecho fundamental a la muerte digna en relación con esta

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

² Ibidem.



modalidad. En 9 sentencias entre 1997 y 2021 ha precisado el alcance de la muerte médicamente asistida y ha fijado subreglas para su regulación, que hasta la fecha es meramente reglamentaria.

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

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

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

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

- 1) La muerte médicamente asistida es una de las múltiples dimensiones del derecho fundamental, complejo, autónomo e independiente a la muerte digna.
- 2) El acceso a la muerte médicamente asistida y el goce del derecho a la muerte digna permite a la persona ejercer su autonomía, el libre desarrollo de la personalidad y vivir con dignidad. Toda restricción arbitraria a ese derecho fundamental repercute negativamente en el goce de otros derechos como la salud, la intimidad personal y familiar e impone tratos crueles, inhumanos y degradantes.
- 3) El derecho fundamental a morir dignamente tiene tres dimensiones: cuidados paliativos, adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico y las prestaciones específicas para la muerte médicamente asistida o eutanásica. No existe incompatibilidad entre las tres facetas, pueden ser concomitantes y todas pueden contribuir a aumentar la dignidad y la capacidad de



autodeterminación de la persona en el umbral de su muerte. No puede imponerse a la persona agotar una faceta antes que otra, ni tampoco aceptar un tratamiento que considera desproporcionado, sino que corresponde al paciente determinar cuál es el cauce que mejor se adecúa a su condición de salud, a sus intereses vitales, y a su concepto de vida digna.

- 4) El Estado está en la obligación de garantizar y desarrollar los mecanismos normativos para regular la muerte médicamente asistida y para garantizar el derecho fundamental a la muerte digna. El vacío normativo existente en materia de muerte médicamente asistida supone una amenaza para el goce efectivo del referido derecho fundamental.
- 5) El acceso a la muerte médicamente asistida está orientado por los principios de prevalencia de la autonomía, celeridad, oportunidad e imparcialidad. El eje central, tanto para acceder como para desistir a los tratamientos es la voluntad del paciente.
- 6) El acceso a la muerte médicamente asistida está condicionado por tres requisitos: i) acreditar el consentimiento informado del paciente, ii) el procedimiento sea practicado por un médico, iii) la persona debe padecer de una enfermedad grave e incurable o lesión corporal que cause un intenso sufrimiento físico o psíquico. No es necesario acreditar la existencia de una enfermedad terminal ni el pronóstico médico de muerte próxima.
- 7) Para determinar el grado de intenso sufrimiento y/o dolor físico o psíquico hay dos concepciones. Una que considera que este es identificable a partir de criterios objetivos y otra que lo reconoce como una experiencia esencialmente subjetiva. Debe prevalecer y ser respetado el criterio subjetivo del paciente para determinar la presencia de un intenso sufrimiento físico o psíquico.
- 8) El Estado no puede castigar, mucho menos por vías penales, a quien garantice o participe en el acceso a la muerte médicamente asistida cuando esta ocurra con el lleno de los requisitos exigidos.
- 9) El profesional de la salud podrá objetar conciencia por escrito para negarse a practicar el procedimiento de la muerte médicamente asistida por considerarlo incompatible con sus convicciones personales. En esos casos la EPS debe, en menos de 24 horas, reasignar a otro profesional de la salud para realizar el procedimiento.



- 10) El consentimiento del paciente debe ser previo, libre, informado, inequívoco, reiterado y podrá ser expresado tanto de forma verbal como escrita. Que sea previo implica que el consentimiento podría ser previo a la ocurrencia del evento médico (enfermedad o lesión) y en todo caso anterior a la realización del procedimiento de muerte médicamente asistida. Que sea libre significa que debe estar exento de presiones por parte de terceros. Que sea informado implica que los especialistas deben brindar al paciente y su familia toda la información necesaria para adoptar decisiones en torno a la vida de un ser humano; y por inequívoco se tiene que debe tratarse de una decisión consistente y sostenida. Así el consentimiento debe partir de la información adecuada y pertinente brindada por el médico tratante.
- 11) La confirmación del consentimiento deberá darse dentro de un término razonable para no hacer nugatorio el acceso al derecho fundamental. El término de la confirmación del consentimiento en ningún caso deberá ser superior a diez días calendario, para dar paso a la programación del procedimiento de muerte médicamente asistida en el menor tiempo posible y, en cualquier caso, en un máximo de quince días contados desde la reiteración de la decisión.
- 12) El paciente puede desistir en todo momento de su solicitud de acceso a la muerte médicamente asistida.
- 13) Cuando el paciente se encuentre en estado vegetativo o esté imposibilitado para expresar su voluntad podrá hacerse valer un documento de voluntad anticipada o el consentimiento sustituto por parte de un familiar o representante legal del paciente para que este último acceda a la muerte médicamente asistida. En el proceso de consecución del consentimiento sustituto se debe inferir que persigue la mejor condición para el paciente e indagar por la posición que expresaría la persona en caso de estar consciente o habilitada para hacerlo. No se podrá exigir ambos requisitos (consentimiento sustituto y documento de voluntad anticipada) pues con uno de los dos basta.
- 14) En los casos en que se pretenda hacer valer el consentimiento sustituto como medio para acceder a la muerte médicamente asistida, se deberá realizar un examen más estricto del cumplimiento de las otras dos condiciones para acceder a esta modalidad de muerte digna.
- 15) Los diferentes actores del sistema de salud, incluyendo a las entidades públicas con competencia en la materia, están obligadas a desmontar las barreras de acceso al sistema de salud que impiden el goce efectivo de la



muerte digna y en particular que obstan para el acceso a la muerte médicamente asistida. Deberán ajustar sus protocolos para facilitar en cumplimiento de la normativa que regule el acceso a la muerte médicamente asistida y a la muerte digna.

- 16) Los niños, niñas y adolescentes son titulares del derecho a la muerte digna y por ende también pueden acceder a la muerte médicamente asistida.
- 17) Prohibir la aplicación de la muerte médicamente asistida a los niños, niñas y adolescentes implica una violación al principio del interés superior de estos individuos y llevaría a admitir tratos crueles, inhumanos y degradantes en su contra que por lo demás afectan su dignidad.
- 18) Las condiciones de acceso a la muerte digna y a la modalidad de muerte médicamente asistida en niños, niñas y adolescentes deben ser diferenciales respecto del resto de la población. Se deben adoptar medidas diferenciales, especialmente en lo relacionado con el consentimiento y la manifestación de voluntad.
- 19) Aunque por regla general los niños, niñas y adolescentes expresan el consentimiento a través de sus representantes es necesario que en estos casos se consulte, de forma prevalente, su voluntad siempre que el desarrollo psicológico, emocional y cognitivo del niños, niñas y adolescentes lo permitan. De forma subsidiaria deberá analizarse el consentimiento sustituto por imposibilidad fáctica para manifestar la voluntad derivada de una condición de salud o del desarrollo cognitivo del niño, niña o adolescente. En estos eventos, los padres, personas o entidades que se encuentren legalmente a cargo pueden sustituir el consentimiento y se llevará a cabo el mismo procedimiento, pero el comité interdisciplinario deberá ser más riguroso en el cumplimiento de los requisitos y en el análisis de la situación.
- 20) La regulación de la muerte médicamente asistida y del derecho fundamental a morir dignamente debe darse a la luz de las cuatro dimensiones del derecho a la salud, a saber: la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad.
- 21) Se deben garantizar ciertos derechos a los familiares del paciente como apoyo médico, social, espiritual y psicológico.



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

- 1) Verificación rigurosa, por personas competentes, de la situación real del paciente, de la enfermedad o lesión que padece, de la madurez de su juicio y de la voluntad inequívoca de morir;
- 2) Indicación clara de las personas (sujetos calificados) que deben intervenir en el proceso. Esto incluye:

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

- 3) Circunstancias bajo las cuales debe manifestar su consentimiento la persona que consiente en su muerte o solicita que se ponga término a su sufrimiento: forma como debe expresarlo, sujetos ante quienes debe expresarlo, verificación de su sano juicio por un profesional competente, etc. Esto incluye la modalidad de documento de voluntad anticipada y de consentimiento sustituto.
- 4) Medidas que deben ser usadas por el sujeto calificado para obtener el resultado filantrópico.
- 5) Incorporación al proceso educativo de temas como el valor de la vida y su relación con la responsabilidad social, la libertad y la autonomía de la persona, de tal manera que la regulación penal aparezca como la última instancia en un proceso que puede converger en otras soluciones. Esto incluye capacitaciones a los actores del sistema de salud sobre el alcance, contenido e importancia del derecho fundamental a la muerte digna.
- 6) Incorporación de las cuatro dimensiones del derecho a la salud, a saber: i) la disponibilidad que se refiere a la existencia de suficientes bienes, servicios, profesionales y centros de atención a la salud; ii) la accesibilidad, que tiene una dimensión física, es decir, que los servicios estén en términos geográficos al alcance de toda la población y, en especial de la población vulnerable, una



dimensión económica que se refiere a la asequibilidad del servicio, e incorpora el mandato de no discriminación; iii) la aceptabilidad, que involucra estándares éticos, apropiación cultural de los servicios e inclusión de enfoques diferenciales, como el de género, el etario o el étnico; y iv) la calidad, es decir, que los servicios sean apropiados desde el punto de vista científico y médico.

7) En el caso del procedimiento para que los niños, niñas y adolescentes ejerzan el derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida las etapas generales serán las siguientes:

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

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

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

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



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

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

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

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

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

³ Con información tomada de la ponencia para segundo debate al proyecto de Ley Estatutaria No. 007 de 2020 Cámara, elaborada por el Honorable Representante a la Cámara Juan Fernando Reyes Kuri.

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

⁵ Ibidem.



información sobre los servicios, los derechos, deberes y trámites para el acceso a la muerte digna.

Así, las principales barreras para acceder a la muerte médicamente asistida, y por esa vía para ver garantizado el derecho a la muerte digna, versan sobre dificultades para autorizar el procedimiento, la falta de información para acceder, y las demoras en la prestación del servicio.

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

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

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

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

*“En los Países Bajos, país pionero en su regulación, la ley de eutanasia (2002) se llama «de terminación de la vida» a petición propia, mientras que en Bélgica se llama «ley de eutanasia» (2002). En Oregón, el suicidio asistido se regula en la «ley de muerte con dignidad» (Death with Dignity Act, 1998), y en California, en la «ley de opción al final de la vida» (End of Life Option Act, 2015). En Canadá, es la «ley de ayuda médica para morir» (Medical Assistance in Dying, 2016), y en Victoria Australia) es la «ley de muerte voluntaria asistida» (Voluntary Assisted Dying Bill, 2017)”.*⁶

En la actualidad varios Estados entre los que figura Alemania, Austria, Portugal, Irlanda, Francia y Chile en el caso latinoamericano detentan desarrollos

⁶ Marín- Olalla. (2018). “La eutanasia: un derecho del siglo XXI”. En: Revista de la Sociedad española de la salud pública y administración sanitaria. Citado a su vez en la ponencia para segundo debate presentado por el Honorable Representante Juan Fernando Reyes Kuri al Proyecto de Ley Estatutaria No. 007 de 2020.



jurisprudenciales y/o discuten la eventual aprobación de leyes que regulen la materia, lo que les permitiría sumarse a la precitada lista de Estados donde esta posibilidad ya está legalmente reconocida.

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

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

País	Edad requerida y otras condiciones	Norma previa objeto de discusión	Condiciones o padecimiento requerido	Sentido y alcance del reconocimiento	Medio en que se ha dado la discusión y actor relevante	Año de discusión
Alemania ⁸	Garantizado en todas las etapas de la vida de la persona	Artículo 217 del Código Penal. Ayuda al Suicidio.	No se limita únicamente a enfermedades graves o incurables.	El máximo tribunal alemán determinó que es inconstitucional el artículo de código penal que prohibía el suicidio asistido. Reconoció que esa práctica es manifestación del derecho a una muerte	Poder judicial. Sentencia del Tribunal Federal Alemán. ⁹ Reconoció la competencia del legislador para	2020

⁷ Elaboración propia UTL Juan Carlos Losada Vargas tomando como base y referencia una tabla similar contenida en la ponencia para segundo debate que fue presentada por el Honorable Representante Juan Fernando Reyes Kuri al Proyecto de Ley Estatutaria No. 007 de 2021; la información contenida en el anexo 1 de la sentencia C-233 de 2021 y las fuentes citadas por ambos documentos.

⁸ Para más información, consultar:

<https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/bvg20-012.html>

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

País	Edad requerida y otras condiciones	Norma previa objeto de discusión	Condiciones o padecimiento requerido	Sentido y alcance del reconocimiento	Medio en que se ha dado la discusión y actor relevante	Año de discusión
				autodeterminada que comprende la libertad de quitarse la vida y la libertad de buscar la asistencia de terceros para hacerlo.	regular la actividad garantizando un margen suficiente para que las persona puedan ejercer su derecho a la muerte autodeterminada.	
Austria	No se especifica	Artículo 78 del Código Penal. Asistencia o ayuda al suicidio. Mantuvo la tipificación de la inducción al suicidio.	No se especifica	El máximo tribunal austriaco determinó que es inconstitucional el artículo del código penal que prohibía la asistencia o ayuda al suicidio. Reconoció que esa práctica se da en ejercicio legítimo de la libre autodeterminación y guarda relación con la vida, la vida privada y la igualdad. Reconoció el derecho a la muerte digna y a	Poder judicial. Sentencia del Tribunal Constitucional. ¹⁰ Reconoció la competencia del legislador para regular la actividad garantizando que se prevengan abusos y que la decisión de suicidarse sea libre y no bajo la	2020 ¹¹

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

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

País	Edad requerida y otras condiciones	Norma previa objeto de discusión	Condiciones o padecimiento requerido	Sentido y alcance del reconocimiento	Medio en que se ha dado la discusión y actor relevante	Año de discusión
				organizar la vida propia.	presión de terceros.	
Chile¹²	<p>Ser mayor de 18 años.</p> <p>Ciudadano chileno o persona residente en el país al menos 12 meses antes de la solicitud.</p>	Proceso de aprobación de la ley	<p>Problema de salud grave e irremediable. Debe ser enfermedad terminal, que cause dolencia seria e incurable, una disminución de las capacidades causando dolores y sufrimientos intolerables que no se puede aliviar.</p>	<p>Asistencia médica para morir y cuidados paliativos. Implica que médico suministre o entregue a la persona para su autoadministración una sustancia que cause su muerte.</p> <p>Se requiere certificado de médico psiquiatra y manifestación de voluntad expresa, razonada, reiterada, inequívoca y libre.</p> <p>Protección contra acción penal del Estado para los médicos que estén involucrados en la prestación de</p>	Cámara de Diputados	2021 aprobada en la Cámara de Diputados ¹³

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

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

País	Edad requerida y otras condiciones	Norma previa objeto de discusión	Condiciones o padecimiento requerido	Sentido y alcance del reconocimiento	Medio en que se ha dado la discusión y actor relevante	Año de discusión
				la asistencia médica para morir.		
Francia	No especifica	No especifica	No especifica	El Tribunal Supremo reabrió la vía para desconectar a Vincent Lambert, hombre de 42 años tetrapléjico desde 2008 producto de un accidente.	Judicial	2019
	Personas mayores de edad	No especifica	Que la persona sea capaz para decidir Que se encuentre en fase avanzada o terminal de enfermedad grave, incurable que le cause sufrimiento insoportable o la tenga en estado de dependencia	Permitir la muerte médicamente asistido o el suicidio asistido	Cursa un proyecto de ley en el legislativo de Francia. ¹⁴	2022

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

País	Edad requerida y otras condiciones	Norma previa objeto de discusión	Condiciones o padecimiento requerido	Sentido y alcance del reconocimiento	Medio en que se ha dado la discusión y actor relevante	Año de discusión
Irlanda	Mayor de 18 años	Ser residente en Irlanda al menos desde un año antes de la solicitud.	Que la persona manifieste con claridad su voluntad. Tener una enfermedad terminal, incurable y progresiva que no puede revertirse con tratamiento. Incluye protección contra acciones penales a los involucrados en prestar los servicios de muerte médicamente asistida.	Muerte médicamente asistida.	Poder legislativo. Dying with Dignity Bill. ¹⁵	2021
Portugal	Mayores de edad	Código Penal. Artículos 134, 135 y 139. Homicidio a solicitud de	La persona interesada debe solicitar el procedimiento de muerte	Eutanasia, muerte médicamente asistida. Puede darse con la administración	Asamblea de la República de Portugal. La ley fue aprobada en 2021 ¹⁶ , objetada	2021

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

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

País	Edad requerida y otras condiciones	Norma previa objeto de discusión	Condiciones o padecimiento requerido	Sentido y alcance del reconocimiento	Medio en que se ha dado la discusión y actor relevante	Año de discusión
		víctima, incitación o ayuda al suicidio y propaganda del suicidio.	<p>médicamente asistida.</p> <p>El consentimiento debe ser actual, reiterado, libre e ilustrado.</p> <p>La persona debe tener sufrimientos intolerables con gravedad y daño definitivo por cuenta de enfermedad incurable o terminal.</p> <p>Debe ser ciudadano nacional de Portugal o haber recibido la residencia.</p>	de fármacos por parte de un médico o por la auto administración de medicamentos que pongan fin a la vida.	<p>por inconstitucionalidad por el presidente y fue revocada por el Tribunal Constitucional.</p> <p>Corresponde a la Asamblea de la República decidir si corrigen las inconstitucionales aducidas por el Tribunal o si archivan el proyecto.</p>	

De lo observado es dable concluir que Chile y Portugal están muy próximos a lograr que los esfuerzos legislativos en curso lleguen a convertirse en derecho positivo. Si bien Alemania y Austria ya permiten el acceso a la muerte medicamente asistida, esa



potestad se encuentra en grado de reconocimiento jurisprudencial y carece de regulación legal en la materia.

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

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

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

En América Latina Colombia, en virtud de la sentencia C-239 de 1997 de la Corte Constitucional se convirtió en el primer país en reconocer rango de fundamental al derecho a morir dignamente y en despenalizar la muerte médicamente asistida. Sin embargo, como se ha expresado de forma reiterada, persiste un grave vacío normativo que dificulta el acceso a la eutanasia y el goce efectivo del derecho a la muerte digna.

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

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

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

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

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

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
Australia Estado de Victoria.¹⁹	Personas mayores de 18 años.	<p>Ciudadanos australianos.</p> <p>Demostrar al menos 12 meses de residencia en el estado para el momento en que se hace la solicitud del procedimiento.</p> <p>Estar en capacidad de tomar decisiones y comprender la información necesaria para decidir en esta materia.</p> <p>Acreditar una enfermedad, dolencia o condición médica incurable, avanzada, progresiva, terminal y que cause sufrimiento intolerable.²⁰ Acreditar que la muerte ocurrirá dentro los siguientes 6 a 12 meses para enfermedades neurodegenerativas.</p>	<p>Suicidio asistido y muerte médicamente asistida.</p> <p>El médico debe autorizar la solicitud para administrar el medicamento o para recetarlos en caso de que la persona se lo quiera administrar directamente.</p> <p>La solicitud puede ser revisada por el Tribunal Civil y Administrativo de Victoria.</p>	Ley (Voluntary Assisted Dying Act)	Parlamento del Estado de Victoria	2017 ²¹

¹⁸ Elaboración propia UTL Juan Carlos Losada Vargas tomando como base y referencia una tabla similar contenida en la ponencia para segundo debate que fue presentada por el Honorable Representante Juan Fernando Reyes Kuri al Proyecto de Ley Estatutaria No. 007 de 2021; la información contenida en el anexo 1 de la sentencia C-233 de 2021 y las fuentes citadas por ambos documentos.

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

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

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

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
			Quienes asisten, faciliten la muerte médicamente asistida están legalmente protegidos para no enfrentarse a procesos penales ni disciplinarios por esas conductas.			
Australia Estado de Western Australia ²²	Personas mayores de 18 años.	<p>Ciudadanos australianos. Demostrar al menos 12 meses de residencia en el estado para el momento en que se hace la solicitud del procedimiento.</p> <p>Estar en capacidad de tomar decisiones y comprender la información necesaria para decidir en esta materia.</p> <p>Acreditar una enfermedad, dolencia o condición médica incurable, avanzada, progresiva, terminal y que cause sufrimiento intolerable.²³</p> <p>Acreditar que la muerte ocurrirá dentro los siguientes 6 a 12 meses para enfermedades neurodegenerativas.</p>	<p>Suicidio asistido y muerte médicamente asistida.</p> <p>El médico debe autorizar la solicitud para administrar el medicamento o para recetarlos en caso de que la persona se lo quiera administrar directamente.</p> <p>En ese segundo supuesto el médico debe valorar las capacidades de la persona para autoadministrárselo.</p>	Ley (Voluntary Assisted Dying Act)	Parlamento del Estado de Western Australia	2019 ²⁴ .

²² Para más información consultar:

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

²³ Las discapacidades o enfermedades mentales no clasifican para acceder al procedimiento.

²⁴ Entró en vigor en junio de 2021.

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
			<p>Quienes asisten, faciliten la muerte médicamente asistida están legalmente protegidos para no enfrentarse a procesos penales ni disciplinarios por esas conductas.</p>			
<p>Australia Estado de Tasmania²⁵</p>	<p>Personas mayores de 18 años.</p>	<p>Ciudadanos australianos. Demostrar al menos 12 meses de residencia en el estado para el momento en que se hace la solicitud del procedimiento.</p> <p>Estar en capacidad de tomar decisiones y comprender la información necesaria para decidir en esta materia.</p> <p>Acreditar una enfermedad, dolencia o condición médica incurable, avanzada, progresiva, terminal y que cause sufrimiento intolerable.²⁶</p> <p>Acreditar que la muerte ocurrirá dentro los siguientes 6 a 12 meses para enfermedades neurodegenerativas.</p>	<p>Suicidio asistido y muerte médicamente asistida.</p> <p>El médico debe autorizar la solicitud para administrar el medicamento o para recetarlos en caso de que la persona se lo quiera administrar directamente.</p> <p>En ese segundo supuesto el médico debe valorar las capacidades de la persona para autoadministrárselo.</p> <p>Quienes asisten, faciliten la muerte</p>	<p>Ley. End-of-Life Choices - Voluntary Assisted Dying Act</p>	<p>Parlamento de Tasmania</p>	<p>2021</p>

²⁵ Para más información consultar:

<https://www.legislation.tas.gov.au/view/whole/pdf/asmade/act-2021-001>

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

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
			<p>médicamente asistida están legalmente protegidos para no enfrentarse a procesos penales ni disciplinarios por esas conductas.</p>			
Bélgica	<p>Disponible para todas las personas sin distinción de edad.</p>	<p>Ser una persona emancipada y capaz o siendo menor de edad, tener capacidad de toma de decisiones.</p> <p>Consentimiento voluntario, reflexivo y reiterado</p> <p>Situación médica terminal, que reporta sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable que no puede ser controlado.</p> <p>Que la muerte sea a corto plazo</p>	<p>Está regulada la eutanasia.</p> <p>El suicidio asistido no está regulado, pero se practica en los mismos términos y condiciones que la eutanasia.</p> <p>Un médico constata los requisitos. Si considera que la muerte no será en el corto plazo debe consultar con un segundo médico.</p> <p>Se espera al menos un mes desde la solicitud para practica la muerte médicamente asistida.</p>	<p>Ley del 28 de mayo de 2022, modificada el 28 de febrero de 2014.</p> <p>Loi relative à l'euthanasie²⁷</p>	<p>Poder legislativo de Bélgica.</p>	<p>2002 y 2014</p>

²⁷

Para más información consultar: https://www.ejustice.just.fgov.be/img_1/pdf/2002/05/28/2002009590_F.pdf

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

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

²⁹ Entró en vigor en 2015.

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

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

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

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
			sobre otras formas de aliviar el dolor.		seguridad personal. ³³	
España	Mayores de edad	<p>Padecer enfermedad grave e incurable, crónica e incapacitante.³⁴</p> <p>Nacionalidad española o residir al menos 12 meses antes de la solicitud en España.</p> <p>Ser consciente en el momento de la solicitud</p>	<p>Eutanasia, muerte médicamente asistida.</p> <p>Por dos modalidades: la administración directa del medicamento al paciente o la receta médica para que este lo adquiera y se lo auto administre, causando su propia muerte.</p> <p>La persona debe acceder a la información por escrito sobre el proceso médico y las alternativas para aliviar el dolor.</p> <p>Solicitar voluntariamente el procedimiento</p>	Ley. Ley orgánica de regulación de la eutanasia. ³⁵	Poder legislativo español.	2021

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

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

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

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

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
			<p>al menos dos veces.</p> <p>Debe manifestar su voluntad mediante consentimiento informado.</p> <p>Quienes asisten, faciliten la muerte médicamente asistida están legalmente protegidos para no enfrentarse a procesos penales ni disciplinarios por esas conductas.</p>			
Estados Unidos - California	Mayores de edad	Ser residente en el Estado Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos Tener capacidad física y mental para decidir	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos letales. Se permite auto administración.	Ley. The End of Life Option Act ³⁶	Poder legislativo del estado	2015
Estados Unidos - Distrito de Columbia o Washington D.C..	Mayores de edad	Ser residente en el Estado Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos Tener capacidad física y mental para decidir	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos letales. Se permite auto administración.	Ley. The Death with Dignity Act. ³⁷	Poder legislativo del estado	2017

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

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

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

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

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

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

⁴¹ Para más información consultar: <https://fnds.mt.gov/JUD/document?params=U2FsdGVkX1%2B8gpXKXDw973fE8wqPCs%2B9SD BzrJGwtnQkk4Oe1h4t0zNniu4Ad1RBzWSJF%2BGBCa4EkKXGXPcvSIg%2ByfDRu5did37Qw06AfaO%2FPqe1Iy7ZB%2FU%2FEh7VyDFQu%2FdfP%2BGFPM2TiVhJUcAw%3D%3D&callback=?>

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
			al médico encargado de realizar el procedimiento de asistencia al suicidio.			
Estados Unidos Nueva Jersey	Mayores de edad	Ser residente en el Estado Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos Tener capacidad física y mental para decidir	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos letales. Se permite auto administración.	Ley. The Medical Aid in Dying for the Terminally Ill Act. ⁴²	Poder legislativo del estado	2019
Estados Unidos Nuevo México	Mayores de edad.	Ser residente en el Estado Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos Tener capacidad física y mental para decidir	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos letales. Se permite auto administración.	Ley. The Elizabeth Whitefield End-of-life Options Act. ⁴³	Poder legislativo del estado	2021
Estados Unidos-Oregón	Mayores de edad	Ser residente en el Estado Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos Tener capacidad física y mental para decidir	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos letales. Se permite auto administración.	Ley. The Death with Dignity Act. ⁴⁴	Poder legislativo del estado	1997
Estados Unidos-Vermont	Mayores de edad	Ser residente en el Estado Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos Tener capacidad física y mental para decidir	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos letales. Se	Ley. The Patient Choice and Control at End	Poder legislativo del estado	2013

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

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

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

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
			permite auto administración.	of Life Act. ⁴⁵		
Estados Unidos-Washington	Mayores de edad	Ser residente en el Estado Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos Tener capacidad física y mental para decidir	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos letales. Se permite auto administración.	Ley. The Washington Death with Dignity Act. ⁴⁶	Poder legislativo del estado	2009
Holanda	Personas desde los 12 años en adelante. Excepcionalmente se permite en recién nacidos ⁴⁷	Padecer de sufrimiento físico o psíquico sin posibilidades de mejorar ni alivio. No es requisito que enfermedad sea terminal ni una determinada expectativa de vida. No se permite si el paciente está en coma y no es consciente de su sufrimiento. En esos casos solo se permite por manifestación expresa en documento de voluntad anticipada.	Eutanasia, suicidio asistido y cuidados paliativos. La persona debe manifestar su voluntad de manera fundamentada. Se permite voluntad anticipada. No debe ser escrita pero sí expresa. El médico a cargo debe consultar la segunda opinión de otro médico sobre el cumplimiento de los requisitos.	Ley. Ley de terminación de la vida a petición propia y suicidio asistido. ⁴⁸	Poder legislativo	2002

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

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

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

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

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
Luxemburgo	Mayores de edad	<p>Enfermedad grave, incurable, irreversible que genere sufrimiento físico o psíquico constante y que sea intolerable.</p> <p>La persona debe ser consiente al momento de la solicitud y debe dar su consentimiento voluntario y reflexivo.</p>	<p>Cuidados paliativos, eutanasia y suicidio asistido.</p> <p>El procedimiento debe ser realizado por un médico.</p> <p>La persona debe manifestar consentimiento por escrito.</p> <p>Se protege de la acción penal del estado a los médicos que realicen el procedimiento de eutanasia o de suicidio asistido.</p>	Ley ⁴⁹	Poder legislativo	2009
Nueva Zelanda	Tener más de 18 años.	<p>Ser ciudadano o residente permanente de Nueva Zelanda.</p> <p>Padecer enfermedad terminal que acabe con su vida de manera probable en siguientes 6 meses.</p> <p>Estar en estado avanzado de deterioro físico irreversible, con sufrimiento intolerable que no pueda aliviarse</p> <p>Estar en capacidad de decidir de manera informada</p> <p>No aplica para discapacidades de ningún tipo</p>	<p>Muerte médicamente asistida mediante autoadministración de medicamentos a administración de medicamentos por parte de un médico para</p>	Ley luego de aprobado un referendo.	Poder legislativo	2019-2020-2021 ⁵⁰

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

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

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

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

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

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



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

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

Otro punto en común de las regulaciones extranjeras con la comprensión jurisprudencial que se ha desarrollado del derecho a la muerte digna en Colombia y en particular de la muerte médicamente asistida es que se protege penalmente a los médicos encargados de practicar el procedimiento. Así, tanto en otros Estados como en el nuestro, la muerte médicamente asistida no solo demanda una regulación para su ejercicio sino modificaciones en la ley penal para salvaguardar la seguridad jurídica de los encargados de garantizar el goce efectivo al derecho de morir dignamente.

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

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

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

Otro posible argumento en contra de regular la muerte médicamente asistida refiere que la calidad de los cuidados paliativos puede empeorar como consecuencia de la flexibilización o del incremento en la facilidad de acceso a los



procedimientos eutanásicos. Sin embargo, los casos de Holanda y Bélgica que regularon la muerte médicamente asistida en 2002 desmienten esa tesis. De acuerdo con Bernheim, Chambaere et al, (2014), citado también por el proyecto 007 de 2021C, los sistemas de cuidados paliativos de estos dos países en 2005 alcanzaron los niveles de calidad de Estados como España y Reino Unido, punteros europeos en esa materia. Entre otras, señalan los autores, que ese logro se debió a un compromiso político que se tradujo en medidas concretas. Por ejemplo, en Bélgica la inversión para los sistemas de cuidado paliativo aumentó en 10% luego de la aprobación de la regulación que permitió el acceso a la muerte médicamente asistida.

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

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

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

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



5. SOBRE LA NATURALEZA DE LEY ESTATUTARIA

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

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

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

6. COMPETENCIA DEL CONGRESO

6.1. CONSTITUCIONAL

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

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

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

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



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

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

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

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

6.2. LEGAL

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

ARTÍCULO 6°. *Clases de funciones del Congreso. El Congreso de la República cumple:*

(...)

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

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



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

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

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

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

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

Comisión Primera.

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

7. CONFLICTOS DE INTERÉS.

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

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

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



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

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

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


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

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

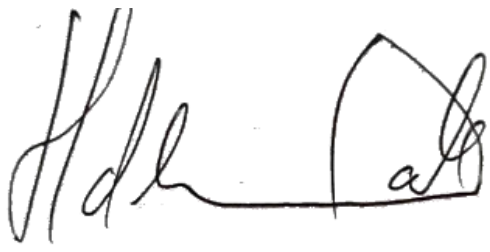


Es menester señalar que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite o votación del presente Proyecto de Ley Estatutaria, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la Ley 5 de 1992 modificado por la Ley 2003 de 2019, no exime al Congresista de identificar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



De los honorables Congresistas,

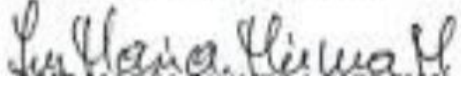


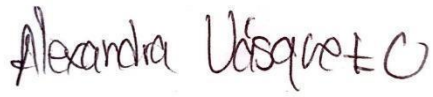





JUAN CARLOS LOZADA VARGAS
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Liberal Colombiano

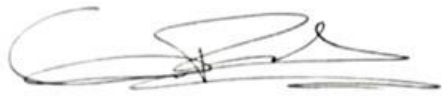


HUMBERTO DE LA CALLE LOMBANA
Senador de la República

 <p>LUIS ALBERTO ALBÁN URBANO Representante a la Cámara Partido Comunes</p>	 <p>Juan Sebastián Gómez González</p>
---	--

	<p>Representante a la Cámara por Caldas Nuevo Liberalismo</p>
 <p>LUZ MARIA MUNERA MEDINA Representante a la Cámara por Antioquia Pacto Historico - Polo Alternativo Democratico</p>	 <p>CATHERINE JUVINAO CLAVIJO Representante a la Cámara por Bogotá Partido Alianza Verde</p>
 <p>Julio Alberto Elías Vidal Senador de la República</p>	 <p>MODESTO AGUILERA VIDES REPRESENTANTE A LA CÁMARA DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO</p>
 <p>LEIDER ALEXANDRA VÁSQUEZ OCHOA Representante a la Cámara por Cundinamarca</p>	 <p>PEDRO JOSÉ VACCA SUÁREZ Representante a la Cámara por el Departamento de Boyacá Pacto Histórico</p>
 <p>Jorge Méndez Hernández Representante a la Cámara</p>	

	<p>ELIZABETH JAY-PANG DÍAZ Representante a la Cámara Departamento de San Andrés y Providencia</p>
<p> MARÍA FERNANDA CARRASCAL ROJAS Representante a la Cámara por Bogotá</p>	<p> INTI RAÚL ASPRILLA REYES Senador de la República Partido Verde</p>
<p> HÉCTOR DAVID CHAPARRO Representante a la Cámara por Boyacá Partido Liberal Colombiano</p>	<p> KATHERINE MIRANDA Representante a la Cámara Partido Alianza Verde</p>
<p> ALIRIO URIBE MUÑOZ Representante a la Cámara por Bogotá Pacto Histórico</p>	<p> DANIEL CARVALHO MEJÍA Representante a la Cámara Coalición Verde Esperanza</p>



Germán Rogelio Rozo Anís
Representante a la Cámara
Departamento de Arauca



Erick Adrián Velasco Burbano
Representante a la Cámara
Departamento de Nariño



GABRIEL BECERRA YAÑEZ
Representante a la Cámara
Pacto Histórico



JAIRO CALA SUAREZ
Representante a la Cámara por
Santander
Partido Comunes-PH



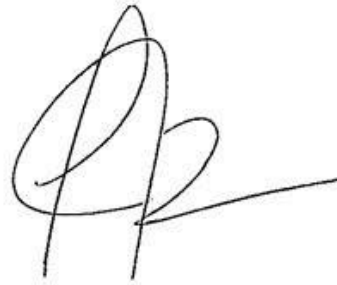
SANTIAGO OSORIO MARIN
Representante a la Cámara
Coalición Alianza Verde - Pacto Histórico



ANDRÉS DAVID CALLE AGUAS
H.R. por el Departamento de Córdoba
Partido Liberal Colombiano



DAVID RICARDO RACERO MAYORCA
Representante a la Cámara por Bogotá
Coalición Pacto Histórico



ALEJANDRO GARCÍA RÍOS
Representante a la Cámara por
Risaralda
Partido Alianza Verde



ESMERALDA HERNANDEZ SILVA
Senadora de la República
Pacto Histórico



JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL
Representante a la Cámara
Dignidad & Compromiso



**OLGA BEATRIZ GONZALEZ
CORREA**
Representante a la Cámara por Tolima
Partido Liberal Colombiano



CAROLINA GIRALDO BOTERO
Representante a la Cámara por
Risaralda
Alianza Verde